

BO BRA HEMMA

Interventioner som förstärker delaktighet bland de äldre och förbättrar förutsättningarna för att bo hemma

En litteraturstudie

Janett Halonen

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Hälsofrämjande (HYH)
Identifikationsnummer:	
Författare:	Janett Halonen
Arbetets namn:	BO BRA HEMMA Interventioner som förstärker delaktighet bland de äldre och förbättrar förutsättningarna för att bo hemma - En litteraturstudie
Handledare (Arcada):	Camilla Wickström- Grotell
Uppdragsgivare:	Bo bra-projektet / Arcada
<p>Sammandrag:</p> <p>I Europa väntas enligt Social- och hälsovårdsministeriet (2011) antalet invånare över 65 år öka till en tredjedel av den totala folkmängden fram till år 2060. Denna litteraturstudie lyfter fram aktivitetens och delaktighetens roll i främjandet av de äldres hälsa. Den så kallade kvarboendepincipen betonas vilket innebär att äldre ska få möjlighet att bo kvar så länge som möjligt i sin egen bostad. Framtidens utmaningar gäller hur de äldre som bor kvar hemma ska kunna delta aktivt eller passivt i olika aktiviteter trots stigande ålder. Denna litteraturstudies resultat bygger på en kvalitativ analys av 22 kvalitetsgranskade studier. Resultatet visar att det lönar sig för såväl de äldre som för samhället att satsa på hälsofrämjande interventioner. I och med att de äldre har olika behov, intressen och möjligheter att delta i olika aktiviteter är det viktigt att kommunerna tillsammans med tredje sektorn och privata tjänsteproducenter har ett mångsidigt utbud av aktiverande verksamhet och att de äldre har jämlika möjligheter att delta aktivt. Denna studie understryker fyra viktiga områden som borde beaktas då man vill förstärka aktivitet och delaktighet hos de äldre samt förbättra förutsättningarna att bo hemma. Det gäller att erbjuda meningsfull sysselsättning i form av gruppverksamhet, engagemang i form av kamratstöd eller frivilligt arbete, fästa avseende vid lättillgänglighet och erbjuda mångsidig hälsofrämjande rådgivning.</p>	
Nyckelord:	Hälsofrämjande interventioner, de äldre, självständigt boende, aktivitet, delaktighet
Sidantal:	51
Språk:	svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Health promotion (Master)
Identification number:	
Author:	Janett Halonen
Title:	BO BRA HEMMA Interventions that promotes engagement in occupation and enhances the opportunities for older people to live at home – a litterature review
Supervisor (Arcada):	Camilla Wickström- Grotell
Commissioned by:	Bo bra-project/ Arcada
<p>Abstract:</p> <p>In coming years the amount of over 65-year-olds in Europe will continue to increase and is estimated to be 1/3 of the population in the year 2060 according to the Ministry of Social Affairs and Health in Finland (2011). This review focuses on the importance of activity and participation in health promotion for older people. More and more people live at home despite a high age and decline in functional ability. The main challenge in the future is how to ensure good and healthy ageing at home. The aim of this study is to point out interventions that promotes active participation in older people and thereby enhances the abilities to continue living at home. The results in this review show that you should promote participation in health promotion intervention because it's beneficial for both older people and the community. In securing participation, the important principle that one must observe is the diversity of older people. The community, in collaboration with other service providers, has to offer different kind of activities because of different needs and interests in the older population to ensure equal rights to participate and be active. According to this review there are certain important issues to remember when planning health promotion interventions for older people. Different kind of group activities, engagement in volunteer work and peer-education, easy accessible apartments and environments, and different kind of health counselling.</p>	
Keywords:	Health promotion interventions, "older people", independent living, activity, participation
Number of pages:	51
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

INNEHÅLL

1. INLEDNING.....	7
2. BAKGRUND	8
2.1 Faktorer som främjar hälsa, aktivitet och delaktighet hos de äldre	10
2.2 Självständigt boende	11
2.4 Sammanfattning	14
3. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	14
4. TEORETISK REFERENS RAM och centrala begrepp	15
4.1 Hälsofrämjande	15
4.2 Empowerment.....	16
4.3 Aktivitet och delaktighet.....	17
4.4 Sammanfattning av den teoretiska referensramen	18
5. METOD	19
5.1 Design.....	20
5.2 Datainsamlingsmetod	21
5.3 Avgränsningar	24
5.3.1 Inklusionkriterier	24
5.3.2 Exklusionskriterier:	24
5.4 Kvalitetsgranskning	24
5.5 Dataanalys.....	26
5.6 Etiska aspekter	27
6. RESULTAT	28
6.1 Resultat av kvalitetsgranskningen.....	28
6.2 Resultatet i relation till aktivitet och delaktighet	30
6.2.1 Gruppverksamhet.....	31
6.2.2 Engagemang	33
6.2.3 Tillgänglighet	34
6.2.4 Rådgivning	36
7. DISKUSSION OCH KRITISK GRANSKNING	38
7.1 Resultatet speglas mot referensramen	38
7.1.1 Resultatet speglas mot begreppet hälsofrämjande	39

7.1.2 Resultatet speglas mot begreppet empowerment	39
7.1.3 Resultatet speglas mot begreppet delaktighet	40
7.2 Val av metod	41
7.3 En kritisk tillbakablick	42
7.4 Slutsatser.....	43

KÄLLOR	46
---------------	-----------

BILAGOR

Bilaga 1. Litteraturöversikt av de 22 inkluderade studierna

Bilaga 2. Checklista för systematiska litteraturstudier

Bilaga 3. Checklista för kvantitativa artiklar: *RCT studier*

Bilaga 4. Checklista för kvantitativa artiklar: Kvasi-experimentella studier

Bilaga 5. Checklista för kvalitativa artiklar

Bilaga 6. Förteckning över de 22 analyserade studierna

FIGURER

Figur 1: <i>Klienter inom hemvården</i>	9
Figur 2: <i>Design</i>	20
Figur 3: <i>Datainsamling</i>	23
Figur 4: <i>Kvalitetsbedömning</i>	25
Figur 5: <i>Resultatet av kvalitetsgranskningen</i>	29
Figur 6: <i>Resultatet i form av fyra överkategorier och tio underkategorier</i>	31

TABELLER

Tabell 1: <i>Tabell över databassökningen och den manuella sökningen</i>	21-22
---	--------------

1. INLEDNING

De senaste åren har utvecklingen inom äldreomsorgen gått mot att allt mer vård ges i det egna hemmet. Den så kallade kvarboendep principen har betonats vilket innebär att äldre ska få möjlighet att bo kvar så länge som möjligt i sin egen bostad. Framtidens utmaningar gäller hur de äldre som bor kvar hemma ska kunna vara aktiva och delta i vardagen, med andra ord BO BRA HEMMA.

Detta masterarbete görs i samband med Bo Bra projektet vid Arcada. Bo bra projektet strävar till att utveckla kunskap om boendet, en hälsosam stad och livskvalitet i närmiljön. Med denna litteraturstudie vill skribenten bidra till att samla in aktuell litteratur för projektet.

De äldrepolitiska riktlinjerna enligt ”Strategier för social- och hälsovårdspolitiken år 2015” betonar främjande av funktionsförmåga, möjlighet att klara sig själv, obrutna och mångsidiga servicekedjor, tillgänglig miljö och utnyttjande av ny teknologi. Det är viktigt att äldre så länge som möjligt tryggt kan bo kvar i sina egna hem och sin invanda miljö. Möjligheterna att bo kvar hemma förbättras genom ombyggnad av bostäder för bättre tillgänglighet, genom att erbjuda olika hjälpmedel och ny teknologi samt genom professionella social- och hälsovårdstjänster. Det är viktigt för äldre att hem- och närmiljön är tillgänglig, lättåtkomlig och säker. Då minskar också risken för olycksfall. (Lehto 2007, Social-och hälsovårdsministeriet 2009)

Under kommande 30 år kommer den äldre (65+) befolkningens andel i Finland att öka från 15% till dryga 26% och andelen över 80-åringar stiger från 4% till 8%. Den allmänna välfärden och levnadsförhållandena har förbättrats och därmed även de äldres funktionsförmåga. Denna gynnsamma utveckling förväntas fortsätta i samma riktning även i framtiden. (Kautto 2006 s. 104)

I de äldsta åldersgrupperna försvårar en ökad funktionsnedsättning möjligheten att klara sig själv och detta försämrar livskvaliteten. Också i sådana fall kan man göra det lättare att klara vardagen, genom att förhindra att funktionsnedsättande sjukdomar förvärras

och genom att ordna lämplig rehabilitering. Även bland de äldre hör social utslagning och dålig social ställning ihop med ett ökat insjuknande och en tidigt försämrad funktionsförmåga. Genom att minska fördomar och attityder som leder till åldersdiskriminering skall förutsättningar skapas för att främja äldre människors hälsa och minska hälsoskillnaderna. (Social-och hälsovårdsministeriet 2001 s. 25-26)

2. BAKGRUND

Under denna rubrik presenteras bakgrunden inklusive den tidigare forskning som väckt författarens intresse att djupare forska inom ämnet.

Den ökningen som sker bland den äldre befolkningen medför många utmaningar som samhället strävar till att uppnå. Behovet av service kommer tydligt att öka ifall vi inte utvecklar preventiva, hälsofrämjande och rehabiliterande åtgärder för att upprätthålla och förbättra de äldres hälsa och funktionsförmåga. Den preventiva verksamheten som riktar sig till den äldre befolkningen borde utgöra en naturlig del av servicesystemet. När primärpreventionens möjligheter försvagas är sekundär- och tertiärprevention i nyckelställning. Att se en äldre människas hälsa som ett balanstillstånd mellan hennes resurser, målprofil och social och fysisk miljö öppnas nya möjligheter till intervention och forskning. (Hietanen & Lyyra 2003 s. 5, 9)

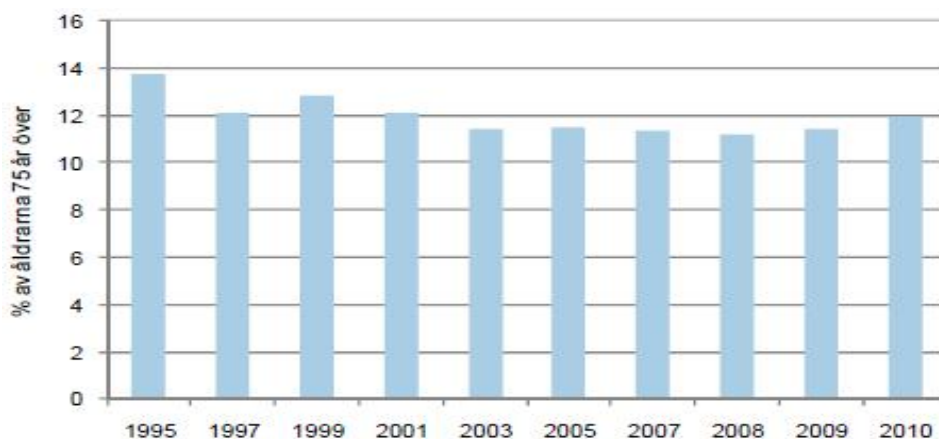
Enligt Özer-Kemppainens (2006 s. 68-69) avhandling inom teknik kräver den ökning som sker bland den äldre befolkningen en tydlig utveckling av service inte bara ur en kvantitativ synvinkel utan kvaliteten bör även beaktas. Arkitekturen bör beakta de äldre som individer med olika behov och önskningar. Man börjar redan nu se de äldre som en resurs som samhället kan ha nytta av. Utvecklingen av servicesystemet inom äldreomsorgen borde beakta många nivåer och alla aktörer med olika livserfarenheter och livsstilar.

Under flera decennier har det diskuterats ifall den ökade livslängden medför flera år av god hälsa och självständighet eller ohälsa och ökat vårdbehov. I och med att allt fler människor lever till en hög ålder har man under den senaste tiden märkt att flera

hälsoproblem existerar samtidigt. Tidigare forskningar visar att individer med lägre socioekonomisk status och lägre utbildning löper större risk att lida av ohälsa och handikapp senare i livet. (Meinow 2008 s. 2-9)

För att de äldre, trots viss funktionsnedsättning ska kunna bo kvar hemma, behövs ibland små eller stora insatser av hemvården. I slutet av november 2010 var 11,9 % av befolkningen som fyllt 75 år klienter inom regelbunden hemvård. Andelen varierade beroende på landskap mellan 9,3 % och 15,0 %. (Institutet för hälsa och välfärd 2012)

I figur 1 visas andelen klienter som fyllt 75 år och fått regelbunden hemvård under tidsperioden 1995-2010.



Figur 1 Klienter inom hemvården (Social- och hälsovårdsministeriet 2012)

Ett mål inom socialvården är att behovet av institutionsvård eller andra serviceformer inte får orsakas av bristfälliga boendeförhållanden. Kommunen stöder personer att klara sig självständigt i den egna bostaden genom att bevilja ersättning för ombyggnad av bostäder (bland annat ramper, stöd, och sanering av badrum). Stöd beviljas till åldringar och handikappade som kan bo hemma efter ombyggnadsarbetet. (Social- och hälsovårdsministeriet 2012)

2.1 Faktorer som främjar hälsa, aktivitet och delaktighet hos de äldre

Intresset för folkhälsoarbete riktat mot äldre människor växer snabbt. Allt fler studier visar nämligen på positiva effekter av interventioner sent i livet. Dessutom ökar andelen äldre i befolkningen och allt fler lever till riktigt höga åldrar. Preventiva insatser kan skjuta upp funktionsnedsättningar och beroende, vilket kan minska kostnaderna för vård och omsorg och – kanske ännu viktigare – förbättra äldre personers välbefinnande och livskvalitet. Erfarenheterna visar att det finns fyra områden som är särskilt viktiga för att äldre ska må bra. Det gäller att röra på sig, äta bra mat, ha sociala kontakter och känna sig behövd. (Agahi et al 2005 s. 1, 4)

I en litteratursammanställning av Karin Liljeberg visas ett klart samband mellan socialt kapital och hälsa. Ett välutvecklat socialt kapital verkar ha positiva konsekvenser för hälsan. Det finns ett relativt stort antal studier som bekräftar att socialt stöd och sociala nätverk främjar hälsan. (Liljeberg 2005 s. 15-16)

I en studie där man undersökte sambandet mellan dödlighet och tillgång till olika former av sociala nätverk, socialt stöd och socialt inflytande fann man att risken för att dö var högre bland män med liten tillgång till emotionellt stöd och låg social delaktighet, och bland män som levde ensamma. Även andra studier visar att deltagande i religiösa sammankomster har samband med hälsa bland alla åldrar och speciellt bland de äldre där ett lineärt samband iaktogs. Också deltagande i klubbar och föreningar främjar hälsa hos äldre. (Liljeberg 2005 s.18- 20)

I en avhandling om livstillfredsställelse hos äldre personer (60-89 år) som baserar sig på information av ESAW (European study of Adults Well-being) visade det sig att speciellt fyra faktorer var av betydelse för låg tillfredsställelse med livet: 1) sociala resurser, 2) hälsoproblem som hindrade från att göra saker som önskades, 3) låg självkänsla och 4) dåligt med finansiella resurser. Tidigare forskningar har främst fokuserat mot ADL-

förmåga och dess betydelse för äldre människors livstillfredsställelse. I denna avhandling påvisas att själva utförandet av dagliga aktiviteter var viktigare för livstillfredsställelse än nedsättning i ADL-förmåga. Detta är en aspekt som är lite studerat och som kräver mera forskning. Instrument som mäter ADL-förmåga ger svar på om personen kan utföra aktiviteten med eller utan hjälp, men inte om det hindrar dem i livet. Självkänsla visade sig vara en viktig faktor för livstillfredsställelse. (Borg 2005 s. 35, 80- 81)

2.2 Självständigt boende

De äldre paren ökar i antal och allt oftare lever paren sin ålderdom på tu man hand och klarar sig på så sätt längre tillsammans. Denna förmåga att klara sig hemma kan också ses som en viktig resurs för samhället. Det viktiga är det egna, trygga hemmet och den bekanta miljön. Det stöd och den omsorg som paren ger varandra kan vara till hjälp för att skydda sig mot beroende av främmande eller officiell hjälp. De äldre paren flätar samman sin livserfarenhet och sina minnen med nutiden och framtidens risker och möjligheter. De vill fortsätta sitt liv på samma grunder som tidigare, nuet motsvarar fortfarande deras uppfattning om ett gott liv. (Andersson 2007)

En doktorsavhandling av Özer-Kemppainen (2006 s.68-69) visar att ca 94% av de som fyllt 65-år bor i sina egna hem. De två viktigaste målen vad gäller de äldre personers boende är att minska på behovet av långvård eller permanent institutionsvård och i stället satsa på serviceboende samt uppmuntra de äldre att bo kvar i det egna hemmet så länge som möjligt. Största problemet för tillfället är opassliga och otrygga lägenheter. Özer-Kemppainen poängterar och lyfter fram behovet av att utveckla olika alternativa boendemallar.

Utvecklingen av bra boendeformer för äldre kräver ökade kunskaper om sambanden mellan boende och hälsa. Syftet med denna tvärsnittsstudie var att undersöka om och hur olika boendeaspekter har betydelse för livstillfredsställelse och självskattad hälsa

bland de allra äldsta. Data samlades in av 397 ensamboende personer som deltog i den svenska delen av det europeiska projektet ENABLE-AGE. Resultaten visar att tillgänglighetsproblem påverkar såväl livstillfredsställelse som självskattad hälsa, men olika för de olika undergrupperna av deltagare. Studien visar att hemmet har betydelse för de äldstas livstillfredsställelse och hälsa, men är olika beroende på hur beroende man är i ADL. Även om longitudinella studier är nödvändiga för att granska hur samspelet mellan boende, hälsa och aktivitetsnedsättningar förändras över tid indikerar resultaten att olika boendeaspekter har betydelse i olika faser av åldrandeprocessen. (Iwarsson 2007 s. 3-15)

Hemmet har en central plats i äldre personers liv eftersom det är en plats där man lever och tillbringar så mycket tid. Hemmet skapar en stämning som är fylld av värme och trygghet. För att uppleva trygghet är det viktigt att bo i en bekant omgivning. Trygghet skapas också av att hemmet är bekvämt, vilket innebär att det är funktionellt och anpassat och planerat utifrån den äldres behov. Trygghet uppstår också av minnena av de människor som levt där. Hemmet betyder också frihet, vilket innebär att ha frihet att kunna komma och gå när man vill och att kunna göra saker på sitt eget sätt och bestämma när, hur och på vilket sätt man utför olika saker. Allt detta gör att den äldre människan känner sig hemma. (Dahlin- Ivanoff 2007 s. 25-32)

Ett äldrepolitiskt mål är att alla ska kunna bo kvar i sitt hem så länge som möjligt. Människan skall få den hjälp och det stöd som behövs för att klara sig hemma. Den fysiska funktionsförmågan och känslan av otrygghet kan dock försvåra den äldres möjligheter att klara sig hemma. Hemmet kan upplevas positivt trots avsaknad av familj. Äldre som bor ensamma hemma uttrycker mera sällan en känsla av ensamhet jämfört med äldre som bor på anstalt. (Hilli 2007 s.25)

I och med att människor lever allt längre blir det självständiga boendet en allt viktigare del av äldreomsorgen. Genom att identifiera och åtgärda vissa faktorer som inverkar på livskvaliteten hos de äldre kan man inom hälsovården utveckla sådana vårdmodeller som svarar för det behov som de ålderdomssvaga äldre har. Dessa fyra faktorer är: risk för fall, inkontinens, demens och depression. Genom ett multiprofessionellt närmelesätt kan teamet samarbeta för patienternas trygghetskänsla och självständighet i

det egna hemmet och således förstärka de äldres möjligheter att bo kvar i det egna hemmet med eller utan stöd. (Ehrlich 2006)

Preventiva hembesök har visat sig vara ett bra sätt att upprätthålla de äldres hälsa och funktionsförmåga. Även med olika motionsträningsprogram, såsom t.ex. med styrketräningsprogram har man uppnått goda resultat. Möjligheterna att delta aktivt borde vara jämlika för alla och oberoende av funktionsförmågan och de ekonomiska resurserna. Man borde utveckla rådgivningen som är riktad till den äldre befolkningen och samtidigt skapa förutsättningar för egenvård och integrering av äldre människor i informationssamhället. (Hietanen & Lyyra 2003 s.5-6)

För att förebyggande hembesök ska kunna ses som en framgångsrik strategi för att gynna en positiv hälsoutveckling bland de äldre krävs det att besöken genomförs av kunnig och medicinskt samt socialt utbildad personal. En studie som genomförts i Nordmalings kommun visar att seniorer lever längre och mår bättre om de får återkommande förebyggande hembesök. Besöksverksamheten kan dessutom ge mindre behov av både hemtjänst och sjukhusvård samt avsevärt minska antalet akuta läkarbesök på vårdcentralen. Det sistnämnda är en effekt som avlastar primärvården. Studiens hälsoekonomiska analyser visar att besöksverksamheten är kostnadseffektiv. I hur hög grad detta stämmer beror på om man i beräkningarna tar med framtida vårdkostnader, seniorernas livskvalitet samt värdet av vad de producerar. (Sahlen 2009 s. 50)

Förebyggande hembesök innehåller individuella, strukturerade samtal som strävar till att öka tryggheten hos de äldre i kommunen, uppmuntra till en hälsobevarande livsstil och indirekt vara till nytta för sjukvård och omsorg. I Hässleholm, Sverige, erbjöds alla 78-åringar som fortfarande klarade sig självständigt hemma årliga hembesök under projektiden 1999-2001. Totalt fick 278 personer hembesök. Resultatberäkningarna bygger på de 150 som tog emot tre besök. Många uppgav att den information som förmedlades om hälsobevarande livsstil bidrog till att skapa trygghet. De som var fysiskt aktiva vid första besöket visade sig i stort sätt vara fortsatt aktiva två år senare. Mellan andra och tredje hembesöket fanns en trend mot att andelen som var fysiskt inaktiva minskade efter andra hembesöket liksom antalet män som fallit. Andelen som

uppgav att de ofta känner sig ensamma halverades under projektiden. Över 90 % var självständiga i sin personliga ADL och 70 – 90 % var självständiga i de olika delarna av det dagliga livets aktiviteter såsom städa, handla och laga mat. En ökning av dusch- och badhjälpmedel kan ha bidragit till att de äldre bevarade oberoende i ADL. En jämförelse pekar på att målgruppen mindre ofta sökte läkare akut i primärvården liksom de mindre ofta blev intagna akut på sjukhus jämfört med kontrollgruppen. (Theander 2005 s. 392-400, Theander et al 2002 s. 7-18)

2.4 Sammanfattning

Den tidigare forskningen visar en tydlig koppling mellan socialt kapital och hälsa. (Liljeberg 2005) Preventiva hembesök och olika motionsträningsprogram har också visat sig vara lovande sätt att upprätthålla de äldres hälsa och funktionsförmåga. (Hietanen & Lyyra 2003 s.5-6, Sahlen 2009 s. 50) Möjligheterna att delta aktivt borde vara rättvist fördelade och oberoende av funktionsförmågan. Den tidigare forskningen visar alltså tydliga hälsoeffekter av att vara aktiv, det som saknas är en samling och kvalitetsgranskning av vilka konkreta åtgärder som är hälsofrämjande samt förbättrar förutsättningarna för de äldre att bo hemma.

3. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Denna litteraturstudie har som syfte att utreda hur olika aktörer inom samhället kan stöda och förbättra förutsättningarna för de äldre att bo kvar i sitt eget hem.

Frågeställningarna är följande:

- Vilka hälsofrämjande interventioner stöder de äldres möjligheter att bo kvar hemma?
- Hur inverkar aktivitet och delaktighet på de äldres möjligheter att bo kvar hemma?

I denna studie innebär *hemmet* en fysisk plats, en bostad, där människan bor ensam eller tillsammans med sin familj. Hemmet är platsen där människan formar sin identitet och hemmet utgör den privata sfären, d.v.s. en värld av integritet och självbestämmande. Hemmet relateras till begrepp som gemenskap, intimitet, kärleksfulla relationer, omtanke och trygghet (Hilli 2007 s. 8, 35).

4. TEORETISK REFERENSRAM OCH CENTRALA BEGREPP

Denna litteraturstudie lägger fokus på hur *aktivitet* och *delaktighet* i samband med olika åtgärder eller interventioner påverkar de äldres funktionsförmåga och hälsa. Denna studie har ett *hälsofrämjande* närmelsesätt där funktionsförmåga poängteras.

4.1 Hälsofrämjande

Denna studie har en holistisk syn på hälsa där handlingsförmågan poängteras. Att ha *hälsa* är mer än avsaknad av sjukdom och är relaterat till i vilken utsträckning människan kan förverkliga sina vitala mål, givet de förutsättningar socialt, kulturellt och ekonomiskt som hon har. (Medin & Alexandersson 2000 s. 40, Hautala et al 2011 s. 217) .

Enligt den holistiska inriktningen antar är hälsan beronde av individens handlingsförmåga, vilken i sin tur är beroende av den handlande personen, personens mål och de rådande omständigheterna. Hälsa och sjukdom beror inte bara på om handlingsförmågan förbättrars eller försämras utan den beror lika mycket på hur högt eller lågt människans realistiska målsättningar ställs. (Medin&Alexandersson 2000 s. 48-49)

Enligt WHO's Ottawa Charter 1986 ses hälsofrämjande som en vittomfattande social och politisk process, med syfte att möjliggöra för människan att få ökad kontroll över de faktorer som påverkar hennes hälsa. Hälsofrämjan strävar till rättvisa så att alla människor kan uppnå sin största hälsopotential. (WHO. 1986)

Mål för hälsofrämjande är hälsa, välbefinnande och livskvalitet. För att uppnå dessa mål bör individen få ökad kontroll över de faktorer som inverkar på hennes hälsa. (Medin & Alexandersson 2000 s.)

4.2 Empowerment

Empowerment lägger fokus på såväl individen som samhället och har som mål att uppnå rättvisa och jämlikhet. Rättvisa t.ex. när det gäller fördelningen av makt och resurser. Ifall man uppnår rättvisa eller inte beror på materiella, sociala, ekonomiska, och kulturella omständigheter inom ett samhälle eller land. Man strävar till att avlägsna oöverkomliga hinder i omgivningen för att aktörerna ska kunna delta aktivt i sådan verksamhet som främjar deras hälsa. Dessa omgivningsmässiga faktorer och rådande politik endera underlättar eller försvårar vägen till hälsa.

Hälsofrämjande i form av empowerment kan existera på flera olika plan och innefattar samverkan mellan individer och de omgivningar där de handlar:

Samhälleligt plan: Socialt kapital inbegriper känsla av gemenskap och aktivt deltagande

Individuellt plan: Resurser, delaktighet, engagemang, självaktning, känsla av kontroll och sammanhörighet

De socioekonomiska, kulturella och omgivningsmässiga omständigheterna inverkar på den egentliga makt och status en individ har. Två viktiga kategorier i det hälsofrämjande arbetet enligt Empowerment-modellen är att framföra förnuftiga handlingssätt inom samhället samt påverka individuella val. Man strävar till att avlägsna oöverkomliga hinder i omgivningen för att aktörerna fritt ska kunna göra tillförlitliga val. Hälsouppfostran i denna modell lägger vikten vid att öka trycket inom samhällets bestämmande organ till att utveckla handlingssätt som riktar sig på den mångdimensionella hälsan. (Tones & Tilford 2001 s. 39-40, 49-51)

Strategier för att åstadkomma *empowerment* enligt Medin & Alexandersson fokuserar på hur man kan möjliggöra för individen att utveckla sin egen förmåga att bemästra sin livssituation. Denna process utgår från individen och hennes önskemål, att öka hennes förmåga och motivation för att effektivt ta ansvar för sitt liv och hälsa och att utveckla strategier för att kunna bemästra omvärlden. (Medin & Alexandersson 2000 s. 83)

Empowerment modellen möjliggör för individen samt samhället att agera på ett sätt som förstärker hälsan. Att förminska ojämlikheter som har samband med hälsan kan betyda att man är tvungen att satsa ytterligare på de grupper inom samhället som har det allra svårast för att få aktörerna att delta i program och projektet som förstärker hälsan. Fördelen med att arbeta på en samhällelig nivå är den mer öppna inställningen till de avgörande faktorerna inom sociala, ekonomiska och omgivningsmässiga frågor som har sitt ursprung i den lokala miljön. (Nutbeam & Harris 2005 s.36-37)

Självaktning innefattar känslan av att ha kontroll. En god självaktning anses vara hälsosamt på många sätt. Man kan säga att en realistisk självaktning är en betydande faktor för mental hälsa, ett önskvärt hälsotillstånd som förser människan med välmående och som är värt att eftersträva. Dessutom kan man anta att en människa som värdesätter sig själv även troligen reagerar på hälsofrämjande rekommendationer och förslag på förstärkande interventioner. Känslan av att ha makt och status inom ett samhälle påverkar känslan av kontroll och självaktning. (Tones & Tilford 2001 s. 105-106)

4.3 Aktivitet och delaktighet

Enligt ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) är *aktivitet* en persons utförande av en uppgift eller handling och *delaktighet* är en persons engagemang i en livssituation (Socialstyrelsen 2003 s.115)

Begreppet *aktivitet* omfattar personliga dagliga aktiviteter, produktivitet och fritid. Utförandet av aktivitet påverkas av roller och av miljöfaktorer. Utförandet av aktivitet är centralt för människor oavsett ålder, kön eller aktivitetsbegränsning. Aktivitet omfattar både utförandet som sådant och tillfredsställelsen med utförandet. (Cole & Tufano 2008 s.55-65)

Förmågan att utföra aktivitet är beroende av kapaciteten hos individens fysiska, mentala, sociokulturella och andliga/själsliga komponenter. Förmågan att utföra aktivitet påverkas av faktorer som individen inte kan råda över som t.ex. omgivningen, utvecklingsnivån och de roller en individ har. Aktivitet ger livet mening och är avgörande för upplevelse av hälsa, välfärd och rättvisa. Aktivitet utvecklas och förändras med tiden och styr beteendet. Aktivitet formar och formas av olika omgivningar och miljöer. Omgivningen innefattar kulturella, institutionella, fysiska och sociala komponenter. Omgivningen bl.a. påverka människans val av aktiviteter samt utförandet av och tillfredsställelsen av aktivitet. Aktivitet är grunden för all existens och är essentiell för hälsa och välfärd. (Townsend & Polatajko 2007 s. 9-40, CAOT 2012)

Delaktighet är en persons engagemang i en livssituation och innebär att delta i och fylla sin tillvaro med meningsfulla aktiviteter. Att vara engagerad i olika aktiviteter är ett grundbehov hos oss människor varför alla borde ha resurser och möjligheter att delta aktivt eller passivt. Den egna viljan och motivationen, personliga mål och roller är också betydelsefulla för upplevelsen av delaktighet. Individen bedömer själv hur delaktig hon upplever sig vara. Delaktigheten uppstår genom ett samspel mellan individen och den miljö hon lever i. (Gustavsson 2004 s. 36- 41, Hautala et al 2011 s. 207-209, Socialstyrelsen 2003 s.14)

4.4 Sammanfattning av den teoretiska referensramen

Empowerment modellen strävar till att individen och samhället ska agera på ett sätt som förstärker hälsan. Denna process utgår från individen och hennes önskemål, för att öka hennes förmåga och motivation för att effektivt ta ansvar för sitt liv och hälsa, att

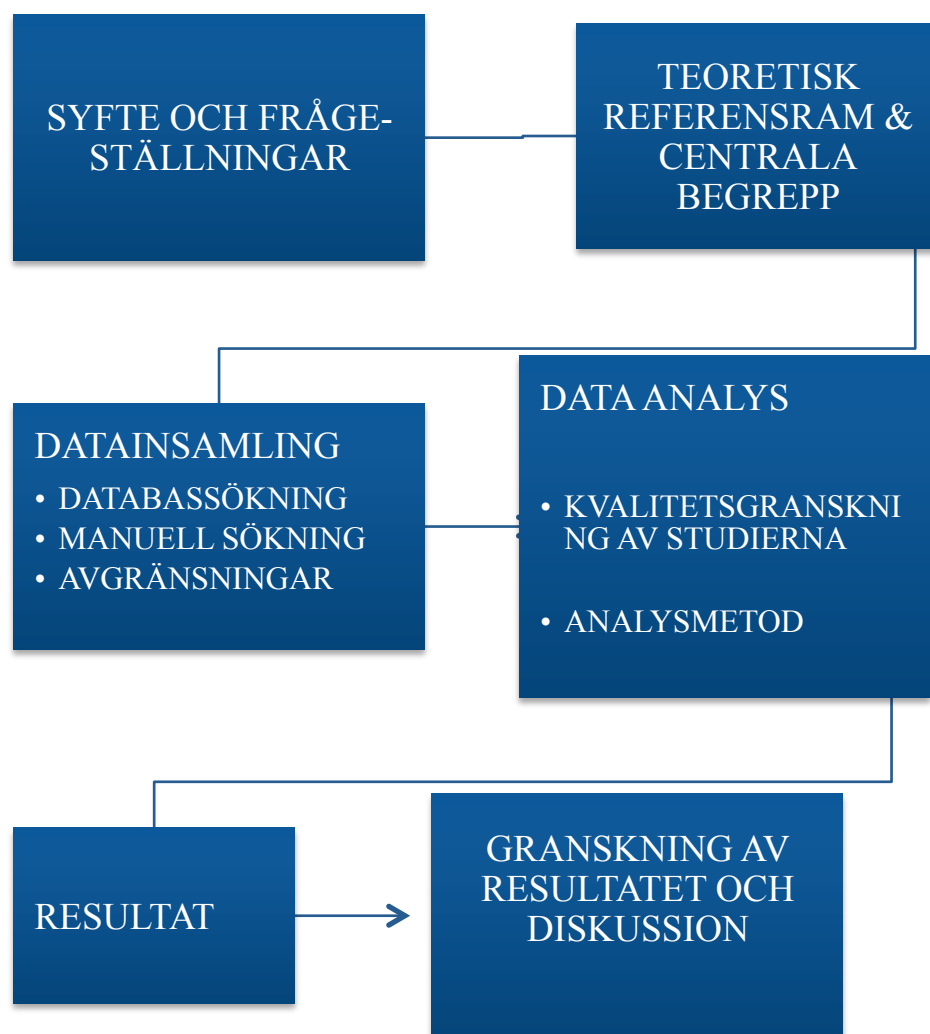
utveckla strategier för att kunna bemästra omvärlden. (Nutbeam & Harris 2005 s.36-37) Att ha *hälsa* är mer än avsaknad av sjukdom och är relaterat till i vilken utsträckning människan kan förverkliga sina vitala mål, givet de förutsättningar socialt, kulturellt och ekonomiskt som hon har. (Medin & Alexandersson 2000 s. 40, Hautala et al 2011 s. 217) *Delaktighet* är en persons engagemang i en livssituation och innebär att delta i och fylla sin tillvaro med meningsfulla aktiviteter. Att vara engagerad i olika aktiviteter är ett grundbehov hos oss människor varför alla borde ha resurser och möjligheter att delta aktivt eller passivt. (Gustavsson 2004 s. 36- 41, Hautala et al 2011 s. 207-209, Socialstyrelsen 2003 s.14) Då personen är engagerad i sitt liv, tar ansvar och har kontroll uppstår delaktighet. Delaktighet kan ses som en viktig faktor för att bli ”empowered” och därmed kunna kontrollera de faktorer som inverkar på hälsan.

5. METOD

Metoden som används är en litteraturstudie. En litteraturstudie innebär att systematiskt söka, kritiskt granska och beskriva kunskapsläget utifrån det valda problemområdet. Genom dylika litteraturstudier kan resultat från flera vetenskapliga studier vägas samman så att ny, evidensbaserad kunskap kan iakttas inom ett område. Man kan på så sätt utreda ifall det finns vetenskapligt stöd för att rekommendera en viss åtgärd eller behandling. Studien ska ge svar på vad som fungerar bäst och vad som är effektivt. Litteraturstudien är en metod och en forskningsteknik där man studerar tidigare gjorda forskningar. Det är ett sätt att ”studera studier” eller med andra ord samla in resultat som står som grund för den nya studien. Det handlar om att iaktta det homogena inom de olika studierna samt den teknik som använts. Forskaren ska sträva till att använda ursprungliga studier av hög kvalitet. (Forsberg & Wengström 2008 s. 30-34, Salminen 2011 s. 3-5, 9)

5.1 Design

Masterarbetets design beskriver stukturen över forskningsprocessen. Processen börjar med att samla in data med väl utvalda sökord som har sin grund i studiens syfte och frågeställningar samt teoretisk referensram och centrala begrepp. Studien har genomgående ett hälsofrämjande perspektiv. De valda studierna har kvalitetsgranskats och analyserats utan att glömma de etiska aspekterna som beaktats under hela processen. Till slut följer en tolkning av resultatet, se i figur 2.



Figur 2 Design

5.2 Datainsamlingsmetod

Litteraturen har samlats in från hösten 2010 till sommaren 2011. I tabell 1 kan man iaktta databassökningen från Ebsco(Cinal och Academic Search eEite), Arto och PubMed.

Tabell 1: Tabell över databassökningen

	EBSCO			PUBMED		
SÖKORD (i abstrakt)	Träffar	Lästa abstarkt	Valda	Träffar	Lästa abstarkt	Valda
older people and life satisfaction and participation	5	3	1	36	7	0
older people and quality of life and participation	22	3	0	100	11	1
older people and life satisfaction and activity	16	2	0	50	6	1
Older people and well-being and participation and activity	10	3	2	9	3	0
older people and health and participation and activity	30	12	2	68	12	1
older people and health promotion and home	13	4	2	77	16	0
older people and well-being and health promotion	7	3	0	74	17	4
older people and health promotion and intervention	24	3	0	66	9	1
older people and social functioning	19	6	1	32	2	1
older people and physical functioning and quality of life	9	1	0	21	4	0

older people and independent living and health promotion	6	2	2	4	1	0
--	---	---	---	---	---	---

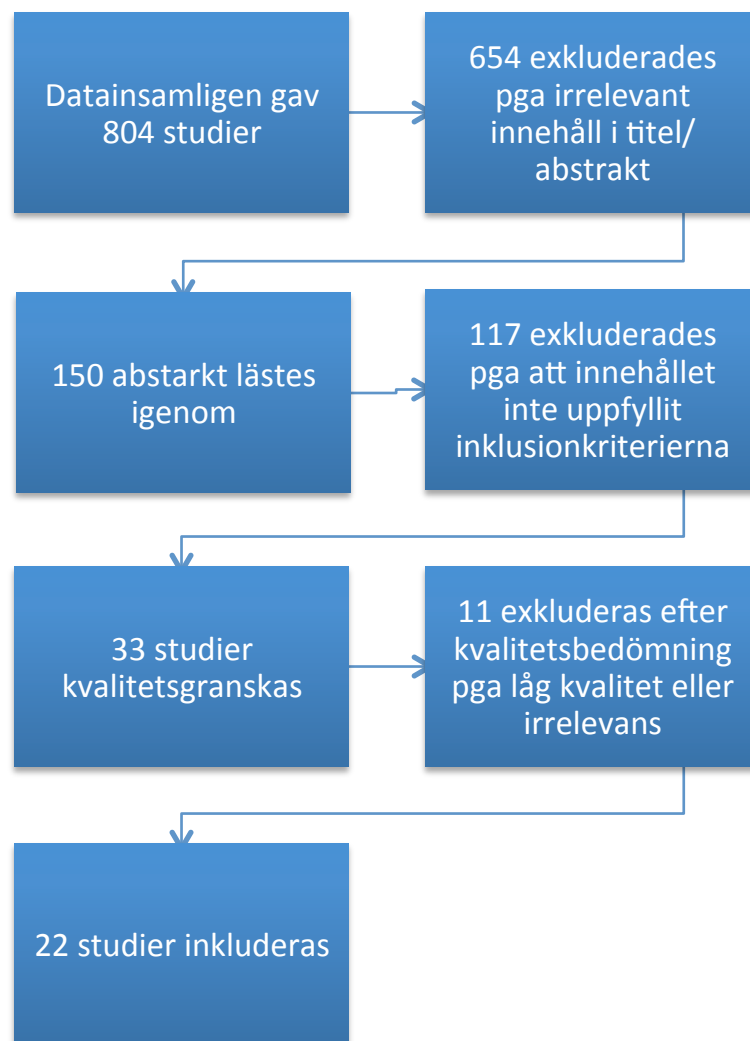
DATABAS ARTO

SÖKORD	Träffar	Lästa	Valda
ikääntynee? and /ja terveyden edist?	26	3	1
ikääntynee? and/ja elämänlaatu	16	4	0
ikääntynee? and/jaterveys	44	2	0
ikääntynee? and/ja osallist?	13	2	1
ikääntynee? ja asuminen	7	2	1

Den *manuella* sökningen resulterade i elva valda studier

Datainsamlingen gav 804 artiklar varav 654 exkluderades p.g.a. irrelevant innehåll på basen av titel eller abstrakt. 150 abstrakt med potentiellt innehåll lästes igenom varpå 117 exkluderades p.g.a. att artikeln inte uppfyllde inklusionskriterierna. Återstående 33 artiklar lästes noggrannare igenom och kvalitetsbedömdes varefter 11 exkluderades p.g.a. låg kvalitet eller irrelevant och ointressant innehåll med tanke på inklusionskriterierna. 22 artiklar blev valda till studien. Denna studie innefattar slutligen 5 RCT-studier, 7 kvasi-experimentella kvantitativa studier, 4 kvalitativa studier och 6 systematiska litteratur studier.

Val av studier för den egentliga analysen, se flödesschema i figur 3.



Figur 3 Datainsamling

5.3 Avgränsningar

Studiens avgränsningar med inklusions- och exklusionkriterier redovisas nedan.

5.3.1 Inklusionkriterier

De artiklar eller studier som samlats in för analys har varit av typen vetenskapliga tidskriftsartiklar eller andra vetenskapliga rapporter. För att kvantitativa och kvalitativa artiklar eller studier har inkluderats har de innehållit en hög evidens och vetenskaplig förankring. De artiklar eller studier som blivit valda för granskning och analys har innehållit noggranna etiska överväganden. De artiklar eller studier som samlats in för granskning har blivit publicerade mellan åren 2000-2010. De artiklar eller studier som inkluderats har berört personer 65år eller äldre och har berört västerländska samhällen och/eller kulturer. Artiklarna eller studierna som inkluderats har berört de äldre som fortfarande bor hemma alltså inte på någon form av serviceboende eller vårdanstalt. Artiklarna eller studierna har beskrivit en eller flera *interventioner* eller *åtgärder* som främjar hälsa hos de äldre

5.3.2 Exklusionskriterier:

Artiklar eller studier som blivit exkluderade har behandlat äldre med någon speciell diagnos, varit av låg kvalitet eller vars fulltext kostar.

5.4 Kvalitetsgranskning

Värdet av en systematisk litteraturstudie är beroende av hur utförligt man identifierar och granskar relevanta studier. Kvalitetsgranskningen har genomförts genom att artiklarna har lästs igenom flera gånger och därefter poängsatts utifrån granskningsmallar utarbetade av Forsberg och Wengström (2003). De granskningsmallar som användes i denna studie var checklistor för systematiska litteraturstudier, kvantitativa artiklar:

randomiserade kontrollerade studier samt kvasi-experimentella studier och checklista för kvalitativa artiklar. Checklistorna se BILAGA 2-5. (Forsberg & Wengström 2008 s. 122)

Kvalitetsbedömningen har omfattat syfte, frågeställningarna, design, urval, mätinstrument, analys och tolkning. Bedömningen har gett svar på frågan ifall forskningsartiklarna som studien bygger på kan sägas ha *hög*, *medel* eller *låg* kvalitet. Studier med låg kvalitet har uteslutits från litteraturstudien. (Forsberg & Wengström 2008 s. 122-124)

Hög kvalitet	Medel kvalitet	Låg kvalitet
<ul style="list-style-type: none">• Exempelvis väl genomförda RCT studier med tillräckligt stort patientmaterial, väldefinierad frågeställning samt lång uppföljning	<ul style="list-style-type: none">• Exempelvis studier med måttligt bevisvärde som innehåller trots allt förtjänster som motiverar att de kan inkluderas i studien	<ul style="list-style-type: none">• Exempelvis studier med begränsat patientmaterial, stort bortfall samt otillräckligt beskrivet och analyserat med tveksamma statistiska metoder

Figur 4 Kvalitetsbedömning (Forsberg & Wengström, 2008. s 122-124)

Studierna har poängsatts enligt bedömningskriterierna ovan (figur 4, se även bilaga 2-5). För inklusion har det krävts ett högt eller måttligt bevisvärde. RCT-studiernas maximala poäng var 32, kvasi-experimentella kvantitativa studiernas maximala poäng var 23, kvalitativa studiernas maximala poäng var 30, systematiska litteraturstudiernas maximala poäng var 18. Exempelvis en systematisk litteraturstudie kan sägas vara av låg kvalitet då poängen är 0-6, medel kvalitet 7-12poäng och av hög kvalitet 13-18poäng. Maximala poängen har delats med 3. Resultat av kvalitetsbedömningen se bifogad lista (bilaga 1) av inkluderade studier.

5.5 Dataanalys

Den insamlade datan har ytterligare analyserats kvalitativt genom en process som grundar sig på Miles och Hubermans (1994) dataanalysmetod för kvalitativ forskning. I dataanalysen ser man hur viktiga teman och mönster börjar formas som leder till det resultat som redovisas i kapitel 6. Den kursiverade stilen visar hur författaren gått tillväga vid analysen.

- ❖ När man enligt Miles och Huberman identifierar ett tema eller ett mönster, upptäcker man samtidigt något som dels upprepar sig och som dels uppträder på samma sätt gång efter gång. (Miles & Huberman 1994. s 432)

Den insamlade litteraturen har kvalitetsgranskats varpå författaren kunnat iaktta att en del faktorer eller åtgärder upprepas i olika studier. Författaren har definierat det viktiga eller det som kan anses vara betydelsefullt. Nyckelord dyker upp så som Aktivitet-Delaktighet - Omgivningen.

- ❖ Att sammanställa eller gruppera den inhämtade informationen i kategorier. (Miles & Huberman 1994 s. 432)

Kategorier börjar formas. Först identifieras underkategorierna i de 22 inkluderade studierna genom att se vilka åtgärder som anses vara hälsofrämjande i respektive studie. Helt praktiskt handlade det om att läsa igenom studierna och dela in dem i olika mappar med liknande innehåll beträffande resultatet. Detta ledde till en brainstorming som resulterade i ett hanterbart material.

- ❖ Att hänföra det speciella till det generella. (Miles & Huberman 1994 s. 432)

Överkategorierna börjar formas då författaren kan iaktta att gemensamma drag i olika underkategorier existerar. Vid denna punkt av den kvalitativa analysen har referensramen spelat en väsentlig roll. I denna punkt ser författaren de inkluderade studierna som det speciella som hänförs och speglas mot referensramen, det generella.

- ❖ Att notera relationer mellan variabler och därigenom utveckla hypoteser som kan förklara en företeelse. (Miles & Huberman 1994 s. 432)

I denna studie har författaren velat ta reda på vilka interventioner som förbättrar förutsättningarna för de äldre att bo hemma. Under kvalitetsgranskningen har författaren kunnat identifiera faktorer som förbättrar livskvaliteten hos de äldre. Författaren har tolkat förbättrad livskvalitet hos de äldre och aktivt deltagande som faktorer som inverkar på hur bra de äldre har det. Med andra ord har författaren dragit paralleller med en förbättrad livskvalitet samt aktivt deltagande och att "Bo bra".

- ❖ Att skapa ett inre teoretiskt sammanhang. (Miles & Huberman 1994 s. 432)

Att skapa ett inre teoretiskt sammanhang innebär att olika resultat binds samman med varandra i överbyggande påståenden som kan gälla även andra fall och som kan förklara hur och varför t.ex. en intervention eller en faktor i detta fall kan anses vara hälsofrämjande

5.6 Etiska aspekter

En förutsättning för att den vetenskapliga forskningen skall vara etiskt godtagbar och tillförlitlig och dess resultat trovärdiga är att forskningen bedrivs i enlighet med god forskningspraxis. I denna litteraturstudie har forskningen planerats, genomförts och rapporterats i detalj och på det sätt som kraven på vetenskapliga fakta förutsätter. (Tenk 2002 s. 11). De etiska aspekterna har beaktats speciellt noga vad gäller fokus på urvalet samt presentation av resultatet. Det är viktigt att man inkluderar alla forskningar som besvarar inklusionskriterierna och således valts till studien, även de som kanske inte direkt svarar på forskningsfrågorna. Det är oetiskt att bara ta med de studier som svarar på forskarens egen åsikt. Det är också viktigt att fundera på hur man återger data. Fusk och ohederlighet så som bl.a. avsiktlig förvrängning av forskningsprocessen, stöld eller plagiat och fabricering av data får inte förekomma. (Forsberg & Wengström 2008 s.77)

6. RESULTAT

I detta kapitel följer resultatredovisningen. Resultatet av denna litteraturstudie presenteras under två huvudrubriker som grundar sig på kvalitetsgranskningen och data analysen. Under rubrik 6.1 redovisas de interventioner som stigit fram under kvalitetsgranskningen och visar sig ha hälsofrämjande egenskaper och potential att främja de äldres hälsa och således stöda boendet hemma. Under rubrik 6.2 presenteras resultatet i relation till aktivitet och delaktighet. Resultatet visar att aktivitet, delaktighet och att kunna bo hemma har en stark koppling. Resultatet av studien presenteras härnäst både i löpande text och i figurer.

6.1 Resultat av kvalitetsgranskningen

De inkluderade studierna visar att det lönar sig för såväl de äldre som för samhället att satsa på hälsofrämjande interventioner. Figur 5 på sida 29 sammanfattar resultatet av kvalitetsgranskningen i form av interventioner som har hälsofrämjande egenskaper och förbättrar förutsättningarna för de äldre att bo hemma enligt denna litteraturstudie. Numreringen är enligt de studier där man direkt eller indirekt hittar belägg för resultatet.



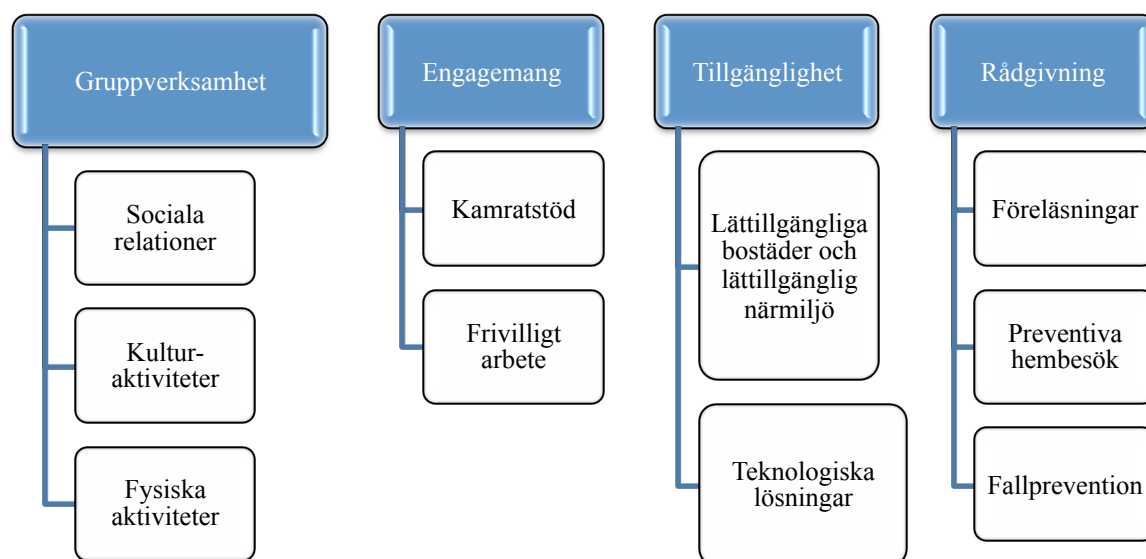
Figur 5 Resultatet av kvalitetsgranskningen

Resultatet av kvalitetsgranskningen som figur samt hänvisning till numrerad studie (se bilaga 1) som stöder boendet i hemmet.

Kvalitetsgranskningen visar att det är viktigt att erbjuda meningsfull sysselsättning för de äldre. Olika former av gruppverksamhet stiger fram som en viktig faktor då man ser på interventioner som förbättrar eller upprätthåller funktionsförmågan samt delaktigheten hos de äldre. Fysisk aktivitet i form av bl.a. styrke- och balansträning eller tai-chi förstärker enligt flera (n=7) studier funktionsförmågan samt livskvaliteten. Rådgivning i form av föreläsning eller i samband med annan hälsovård visar sig vara betydelsefull samt kostnadseffektiv enligt flera studier. Fallprevention, i form av rådgivning eller balansträning, ser ut att ha en viktig roll då man vill förhindra funktionsnedsättning. Även kulturaktiviteter så som sång, dans och annan egen utveckling lyfts fram i tre av de inkluderade studierna. Frivilligt arbete och kamratstöd är olika former av meningsfullt engagemang enligt fyra av de inkluderade studierna. Individuella träningsprogram hemma behövs också vid sidan av annan fysisk verksamhet eller som alternativ för dem som inte vill träna i grupp. Preventiva hembesök, teknologiska lösningar i hemmet samt lättillgänglighet är viktiga områden som bör beaktas då man vill att de äldre ska kunna bo hemma. Som sammanfattning kan man säga att de hälsofrämjande interventionerna som presenterats i detta stycke leder till ökad delaktighet och förbättrar förutsättningarna för de äldre att bo hemma. För att detta ska kunna ske krävs jämlika möjligheter att delta aktivt vilket poängteras i fyra av de granskade studierna.

6.2 Resultatet i relation till aktivitet och delaktighet

Författaren har kunnat iaktta vissa gemensamma drag i de interventioner som noggrannare granskats under data analysen. Dessa interventioner har indelats i kategorier som resultatet bygger på. Resultatet kan åskådas i fyra överkategorier och tio underkategorier. Den första kategorin är *gruppverksamhet* med underkategorierna: sociala relationer, kulturaktiviteter och fysiska aktiviteter. Den andra kategorin är *engagemang* med underkategorierna: kamratstöd och frivilligt arbete. Den tredje kategorin är *tillgänglighet* med underkategorierna: lättillgängliga bostäder, lättillgänglig närmiljö och teknologiska lösningar. Den fjärde kategorin är *rådgivning* med underkategorierna: föreläsningar, preventiva hembesök och fallprevention. Noggrannare resultatredovisning följer i det följande kapitlet då varje kategori presenteras skilt för sig, se även figur 6.



Figur 6 Resultatet i form av fyra överkategorier och tio underkategorier

6.2.1 Gruppverksamhet

Under denna rubrik redovisas de interventioner som är relaterade till gruppverksamhet och innehar enligt denna studie hälsofrämjande egenskaper och potential att främja de äldres hälsa och funktionsförmåga och bidrar till att förbättra möjligheterna att bo hemma.

Gruppverksamhet överlag kan ses som hälsofrämjande för de äldre. De flesta av de inkluderade studierna ger belägg för detta påstående. Gruppverksamhet kan bl.a. förstärka den fysiska funktionsförmågan och dessutom minska utslagning och känslan av ensamhet. (Barnett 2003, Voukelatos et al 2007, Zijlstra et al 2007, Cattan 2005, Murray & Crummett 2010, Skingley & Bungay 2008)

Sociala relationer

I en studie, som gjorts i samarbete med hemvården, såg man på faktorer som inverkar på de äldres boendeförhållanden, behov av hemvård och boendeupplevelser. Resultatet

visar att de äldre fick kraft och glädje av sina fritidsintressen samt sociala kontakter. Att bemästra vardagen blev betydligt svårare om man var ensam, vid uppkomsten av hälso-problem eller då utomstående personer dikterade och styrde vardagens innehåll så att den egna kontrollen blev begränsad. Resultatet i denna studie visar också att vårdperso-nalen inom hemvården ibland har motstridiga mål och förväntningar vad gäller de äldres vård och behov av hjälp vilket i sin tur minskar de äldres aktiva deltagande och använd-ning av de resurser som fortfarande finns kvar. (Eloranta 2009 s. 6)

En studie som forskat i sambandet mellan en uppskattad god hälsa bland den åldrande befolkningen, sociala faktorer samt kostnader av service visar att bl.a. socialt deltagande och en relativt bra ekonomi har stor betydelse för hälsan. Denna kvantitativa forskning med 2815 deltagare gjordes i samband med Ikihyvä-projektet i Päijänne-Tavastland. Interventioner med hälsofrämjande egenskaper som nämns i denna studie var hos kvinnliga deltagare bl.a. att gå på olika utställningar, bio, konserter eller teater och hos män självstudier och andra metoder för egenutveckling. (Nummela 2008 s. 8)

Kulturaktiviteter

Många studier visar en tydlig koppling mellan hälsa och socialt kapital. Olika aktivi-tetsgrupper som planerats för specifika målgrupper kan minska på känslan av ensamhet och social isolation. Exempelvis skapande verksamhet eller kulturaktiviteter så som sång, dans eller annan egen utveckling skapar utrymme för social interaktion, förstärker koordination, leder till avslappning och minskar känslan av ensamhet, värk samt smärta. (Cattan 2005 s. 59-62, Murray & Crummett 2010 s.784, Skingley & Bungay 2008 s. 6)

Fysisk aktivitet

En RCT-studie visar att grupprehabilitering för över 67-åringar som bor hemma förstär-ker funktionsförmågan samt livskvaliteten. Denna studie visar att olika interventioner så som balans- och styrketräning, stretching, föreläsningar, studiebesök m.m. inverkar positivt på rörelse- och funktionsförmågan samt livskvaliteten bland de äldre som deltog i studien. (Karttunen 2009 s. 96)

En annan forskning visar att fysisk aktivitet fastän den påbörjas på gamla dagar förbättrar funktionsförmågan samt minskar behovet av sjukhus- eller annan institutionsvård. Det ser ut att en ökning av fysisk aktivitet saktar in den nedsättning av funktionsförmågan som normalt hör till åldrandet. (von Bonsdorff 2009 s.76)

Flera forskningsresultat (Taylor et al 2003 s. 705, 715-716) poängterar multipla hälsoeffekter av fysiska aktivitetsinterventioner. Det är ingen nyhet att det finns ett samband mellan den fysiska, kognitiva och psykologiska hälsan bland de äldre, t.ex. styrketräning inverkar positivt på humöret utan att glömma de emotionella och sociala effekterna. Denna studie understryker också det faktum att fysisk inaktivitet blir dyrt för samhället. Ifall den äldre populationen skulle följa de hälsorekommendationer som existerar skulle enbart höftfrakturernas andel minska med 50%. De äldre rör helt enkelt inte på sig tillräckligt trots att motion visar tydliga hälsoeffekter.

En enkätstudie, som är gjord i Scotland, ger belägg för liknande resultat nämligen att det är ingen självklarhet att de äldre följer rekommendationer beträffande fysisk aktivitet. Att öka på den fysiska aktivitetsnivån kan vara knepigt i och med att de äldre ofta tror att de rör på sig tillräckligt. En del vågar inte vara aktiva på grund av bristfälliga kunskaper beträffande den egna hälsan och behovet av motion. (Crombie et al 2004 s.287)

En RCT-studie gjord i Nya Zeeland visar att en fysisk aktivitets intervention som organiseras och påbörjas i samband med läkarbesök ökar den fysiska aktivitetsnivån även på fritiden och bidrar till att förbättra den hälsorelaterade livskvaliteten, funktionsförmågan samt minska behovet av sjukhusvård bland äldre. Under läkarbesöket lade man upp individuella aktivitets mål och de äldre fick information om hur de i praktiken borde gå tillväga för att nå dessa mål. Denna intervention innehöll även telefonuppföljning under 3 månaders tid.(Kerse et al 2005 s.1954)

6.2.2 Engagemang

Under denna rubrik redovisas de hälsofrämjande interventioner som är relaterade till engagemang och innehar enligt denna studie hälsofrämjande egenskaper och potential

att främja de äldres hälsa och funktionsförmåga och bidrar till att förbättra möjligheterna att bo hemma.

Kamratstöd

Även kamratstöd d.v.s. att jämnåriga äldre ger hälsofrämjande råd, ser ut att fungera och är kostnadseffektivt. Denna metod, att se de äldre som en resurs i det hälsofrämjande arbetet, visar sig bli allt vanligare inom samhället. Denna form av rådgivning kan ses som hälsofrämjande både för den som ger och den som får informationen. Det handlar om att främja välmående och livskvalitet. Det förblir dock oklart ifall ökad kunskap om hälsorisker återspeglas i de äldres sätt att agera eller om de invanda mönstren fortsätter att styra vardagen. (Peel & Warburton 2009 s.10)

Frivilligt arbete

von Bonsdorff och Rantanens studie visar att frivilligt arbete främjar hälsan bland de äldre då de känner sig behövda. Frivilligt arbete förespråkar bättre livstillfredsställelse, minskar depression och dödlighet. Frivilligt arbete går hand i hand med välbefinnande bland dem som utför arbetet men det är svårt att dra paralleller med dess definitiva hälsoeffekter i och med att det ofta är friskare personer som utför frivilligt arbete. (von Bonsdorff & Rantanen 2010 s. 13-16)

6.2.3 Tillgänglighet

Under denna rubrik redovisas vilka hälsofrämjande interventioner som är relaterade till tillgänglighet i omgivningen och innehar enligt denna studie hälsofrämjande egenskaper och potential att främja de äldres hälsa och funktionsförmåga och bidrar till att förbättra möjligheterna att bo hemma.

Redan i början av denna studie kan man läsa att största delen av de äldre över 65-åringar bor kvar i sina egna hem. Var man bor och hur man uppfattar sin omgivning inverkar på

hälsan och livskvaliteten. I och med att människan åldras blir det precis som, Oswald och de andra medförfattarna(2007) påstår i sin studie att trygga bostäder och anpassningar i hemmet blir allt viktigare för att upprätthålla en känsla av välbefinnande och oberoende i det dagliga livet.

Lättillgängliga bostäder och lättillgänglig närmiljö

Omgivningen eller hemmet har stor betydelse för de äldres välbefinnande. Forskningar tyder på att de deltagare som lever i lättillgängliga hem, uppskattar sina hem som meningsfulla fungerar mer självständigt i ADL-aktiviteter och har en bättre känsla av välbefinnande. Att få hjälp, hjälpmedel och bostadsanpassningar har visat sig vara viktiga preventiva åtgärder. (Oswald et al 2007 s. 104, Ryburn et al 2009 s. 231). Närmiljön och omgivningen skapar även vissa utmaningar för att vara aktiv: faciliteterna är inte alltid lättillgängliga och närmiljön kan kännas otrygg. (Crombie et al 2004 s.287)

Teknologiska lösningar

Dagens teknologi möjliggör en ny sorts hjälp i form av olika teknologiska lösningar för att ge ökad trygghet för de äldre i sina egna hem. Med stöd av forskningsmedel från EU och Svenska forsknings- och utvecklingsfinansiärer har ACTION-tjänsten (Assisting Carers using Telematics Interventions to meet Older people's Needs) utvecklats för att ta tillvara det moderna informationssamhället möjligheter och att öka äldre och deras anhörigas sociala delaktighet och tillgång till e-tjänster. ACTION-tjänsten är en IT-baserad stödtjänst för äldre och deras anhöriga i det egna hemmet. Tjänsten består av lättillgänglig samlad information om vård, omsorg och stöd i det dagliga livet, möjlighet till kontakt med andra i samma situation och vård- och omsorgspersonal via bildtelefon samt utbildning och handledning för användarna och personalen. De tekniska lösningarna visar sig även vara kostnadseffektiva enligt denna fallstudie från Sverige. (Magnusson & Hanson 2005 s. 646- 656).

6.2.4 Rådgivning

Under denna rubrik redovisas vilka hälsofrämjande interventioner som är relaterade till rådgivning och innehar enligt denna studie hälsofrämjande egenskaper och potential att främja de äldres hälsa och funktionsförmåga och bidrar till att förbättra möjligheterna att bo hemma.

Regelbunden hälsofrämjande rådgivning som ges i samband med hemvården förbättrar livskvaliteten utan att öka de totala kostnaderna. Denna studies resultat visar att det är lönsamt att satsa på hälsofrämjande rådgivning. (Markle-Reid et al 2005 s. 382) Ett hälsofrämjande program riktat till den äldre befolkningen inom kommunen kan fungera som en effektiv strategi att minska hälsorisker samt öka livskvaliteten bland de äldre. Programmet hade dessutom som mål att minska symptom av depression och ensamhet. Interventionen innehöll 15 tillfällen med information med hälsorelaterade teman. (Collins & Benedict 2006 s. 47)

Rådgivning i form av en ansikte mot ansikte introduktion i ämnet samt uppföljning per telefon var 4:e månad under en period på 2 år visar att information om betydelsen av att vara fysiskt aktiv minskar behovet av hemvård bland de äldre samt minskar handikapp. (von Bonsdorff 2009 s. 68)

Information om friskt åldrande, personlig vård, anpassningar i hemmet, rätt användning av mediciner och skötsel av sjukdomar visar sig vara effektiva åtgärder för att förbättra funktionsförmågan och livskvaliteten bland de äldre enligt en systematisk litteraturstudie av Ryburn et al (2009 s. 230)

Föreläsningar

Föreläsningar och studiebesök i samband med fysiska interventionsgrupper inverkar positivt på rörelse- och funktionsförmågan samt livskvaliteten bland de äldre som deltog i en finsk RCT-studie. (Karttunen 2009 s. 96)

Ett hälsofrämjande program riktat till den äldre befolkningen inom kommunen kan fungera som en effektiv strategi att minska hälsorisker samt öka livskvaliteten bland de äldre. Programmet innehöll 15 timmar föreläsningar om bl.a. nutrition, hygien, fallprevention och allmän hälsorådgivning. (Collins& Benedict 2006 s. 46)

Preventiva hembesök

Rådgivning i form av mångdimensionella preventiva hembesök innehar potential att minska handikapp och behov av vård bland de äldre då besöken innefattar noggranna bedömningar och utvärderingar. Resultaten är dock inte entydiga vad gäller preventiva hembesökens hälsoeffekter. (Huss et al 2008 s. 298).

Fallprevention

Omfattande forskningar visar att fall och frakturer kan förhindras genom prevention av fallolyckor. En effektiv metod är fysisk träning. Att delta en gång/vecka i ett träningsprogram i grupp och fortsatt träningsprogram hemma visar sig vara effektiv vid prevention av fall. (Barnett et al 2003 s. 410). En personlig kallelse att delta i en intervention är viktig samt möjligheten att delta även hemifrån om man hellre vill vara aktiv i sitt egna hem och trots det följa interventionens hälsofrämjande råd. I och med att många äldre inte anser sig höra till riskgruppen beträffande risk för fall borde de balans- och styrke-träningsprogram som fokuserar på fallprevention även poängtera andra hälsoeffekter som interventionen medför. (Yardley et al 2006 s. 658).

Dataanalysen visar att olika studier poängterar och rekommenderar olika åtgärder och tillvägagångssätt beträffande bl.a. fallprevention. Redan nu kan man se positiva effekter av olika hemträningsprogram, tai-chi kurser samt andra multifaktoriella interventioner.

Det viktiga är att planera innehållet i interventionen så att den lämpar sig den omgivningen där interventionen ska utföras samt beaktar deltagarnas resurser. (Voukelatos et al 2007 s.1190, Zijlstra et al 2007 s. 606)

7. DISKUSSION OCH KRITISK GRANSKNING

I detta kapitel följer en diskussion och tillbakablick på forskningsprocessen då forskningen granskas kritiskt.

Dagens trend är att de äldre ska bo hemma så länge det är möjligt trots sjukdom eller funktionsnedsättning. I praktiken kan det hända att en äldre person inte kommer in på åldringshem eller serviceboende innan hon eller han är i väldigt dåligt skick, otrygg och ensam och kanske t.o.m. ramlat omkull många gånger. Om man har en bra ekonomi finns det alltid en chans att köpa service av olika slag, men ofta är det de anhöriga som ställer upp då kommunerna inte klarar av att trygga de äldres vardag. Det hälsofrämjande arbetet borde i framtiden mera koncentrera sig på delaktighet och de psykosociala aspekterna av hälsan och fundera på hur man i praktiken kan minska ojämlikheter vad gäller resursfördelning. Om man i framtiden har som mål att de äldre ska kunna bo kvar hemma trots att de är allt äldre och lider av vissa sjukdomar måste trygghetskänslan beaktas i bedömningen. Ett holistiskt närmelesätt och mångprofessionellt samarbete behövs för att äldreomsorgen i framtiden ska fungera.

7.1 Resultatet speglas mot referensramen

Den valda referensramen lägger människan i centrum och fokuserar på aktivitet och delaktighet. Aktörens roll poängteras och hälsa främjas då aktören har kontroll över sitt liv, kan delta i viktiga beslut och har rätt att välja. Den valda referensramen lägger fokus på de centrala begrepp som är grunden i denna studie och kan iaktas redan i titeln, i syftet och slutligen i resultatet nämligen aktivitet och delaktighet.

7.1.1 Resultatet speglas mot begreppet hälsofrämjande

Hälsofrämjan enligt WHO's definition (1986) strävar till rättvisa så att alla människor kan uppnå sin fullaste hälsopotential. Det handlar om att planera hälsofrämjande verksamhet som alla i princip borde kunna delta i, det handlar om lättillgänglighet, verksamhet som är oberoende av ekonomin och planerad för målgruppen.

En studie av Nummela (2008) som forskat i sambandet mellan en uppskattad god hälsa bland den åldrande befolkningen, sociala faktorer samt kostnader av service visar att bl.a. socialt deltagande och en relativt bra ekonomi har stor betydelse för hälsan. Flera studier visar tyvärr just detta att ekonomin har betydelse för hälsan. För att alla ska kunna uppnå sin fullaste hälsopotential kräver det att man inom kommunerna och samhället minskar klyftan mellan de rika och de fattiga och speciellt med tanke på den hälsovård och de preventiva åtgärder som finns tillhanda. Det är det enda sättet man kan uppnå WHO's mål.

Enligt professor Marmot är kontrollen över livet och möjligheten till ett fullständigt socialt engagemang och deltagande i vad samhället har att erbjuda ojämnt fördelade, och detta leder till att även hälsan blir ojämnt fördelad. (Marmot 2004 s.34)

Forskningar visar att ju högre social position, desto större lycka och ju högre inkomst man har, desto högre är nivån av välbefinnande. Lycka styrs av var vi befinner oss i relation till andra. Om alla i samhället blir rikare kommer fortfarande somliga att ha mer än andra. De som har det finansiellt bäst ställt är också lyckligast och friskast. Den genomsnittliga nivån av lycka stiger inte när samhället blir rikare, det finns alltid de som har de bättre ställt, alltså kommer det alltid att finnas ojämlikheter. (Marmot 2004 s.113-115).

7.1.2 Resultatet speglas mot begreppet empowerment

För att uppnå hälsa, välbefinnande och livskvalitet borde individen få ökad kontroll över de faktorer som inverkar på hennes hälsa men i resultatet kan man även se motsatta handlingssätt t.ex. i Elorantas studie (2009) som gjorts bland hemvårdens klienter. Detta

sker då vårdpersonalen inom hemvården har motstridiga mål och förväntningar vad gäller de äldres vård och behov av hjälp vilket i sin tur minskar de äldres aktiva deltagande och användning av de resurser som fortfarande finns kvar.

Som vårdare eller annan personal som arbetar för att stöda de äldres handlingsförmåga borde man vara väldigt sensitiv för att observera och uppmuntra till att använda de resurser som finns kvar. Det är viktigt att inte beröva de äldres kontroll i och med att forskningar tyder på att ha kontroll över sitt liv har ett tydligt samband med hälsan.

Regelbunden hälsofrämjande rådgivning som ges i samband med hemvården förbättrar livskvaliteten bland de äldre utan att öka på de totala kostnaderna enligt forskaren Markle-Reid et al (2005). Detta är effektivt sätt att överföra ansvaret och kontrollen till de äldre som just eftersträvas i detta perspektiv.

Enligt empowerment modellen strävar man till att avlägsna oöverkomliga hinder i omgivningen för att aktörerna fritt ska kunna göra tillförlitliga val och uppnå hälsa. Detta stämmer helt ihop med resultatet i denna studie där forskningar visar att de deltagare som lever i lättillgängliga hem, uppskattar sina hem som meningsfulla och fungerar mer självständigt i ADL-aktiviteter och har en bättre känsla av välbefinnande. (Oswald et al 2007 s. 104, Ryburn et al 2009 s. 231). Att få hjälp, hjälpmedel och bostadsanpassningar har med andra ord visat sig vara viktiga hälsofrämjande åtgärder.

7.1.3 Resultatet speglas mot begreppet delaktighet

Att vara engagerad i olika aktiviteter är ett grundbehov för oss människor varför alla borde ha resurser och möjligheter att delta aktivt eller passivt. Delaktighet är viktigt för att kunna kontrollera de faktorer som inverkar på hälsan. De hälsofrämjande åtgärder som analyserats i denna studie stöder detta påstående, nämligen att delaktighet ökar livskvaliteten då man är aktiv både fysiskt och socialt.

Resultatet visar enligt Cattan (2005), Murray och Crummett (2010) och Skingley och Bungay (2008) att exempelvis skapande eller kulturaktiviteter så som sång, dans eller annan egen utveckling skapar utrymme för social interaktion, förstärker koordination, leder till avslappning och minskar känslan av ensamhet, värk samt smärta. Det handlar med andra ord om att vara engagerad i meningsfull sysselsättning. Meningsfull sysselsättning kan också betyda att delta i det hälsofrämjande arbetet som aktör i form av kamrattstöd eller arbeta som frivillig. Frivilligt arbete främjar hälsan enligt forskarna von Bonsdorff och Rantanen (2010) då man känner sig behövd och förespråkar bättre livstillsfredsställelse, minskar depression och dödlighet

De personer som är socialt, mentalt och fysiskt stimulerade visar genomgående bättre testresultat med en hjärna som verkar yngre än det verkligen är. I en färsk artikel i tidskriften *Trends in Cognitive Sciences* introduceras begreppet "brain maintenance" - "hjärnunderhåll" - för att förklara intakt minnesförmåga hos äldre. Hemligheten för att nå framgång är nämligen *engagemang*. (Nyberg et al 2012 s.292–305)

7.2 Val av metod

Valet av metod har fungerat bra för den här typen av studie. Databassökningen gav många träffar och materialet var lätt att samla in. Nu efteråt skulle författaren dock begränsa sökningen noggrannare och använda ett mer begränsat antal sökord. Innan forskningsprocessen inleddes på allvar övervägdes genomförandet av olika metoder bl. a. intervju. Metoden litteraturstudie kändes ändå lämpligast då författaren ville granska möjligast många olika interventioner som kan tänka sig inverka positivt på de äldres möjligheter att bo kvar hemma. Det multiprofessionella underlaget som kan observeras i denna litteraturstudie kan dessutom räknas som en stor fördel. I framtiden skulle författaren däremot gärna se någon forskare vidare inom ämnet och intervjua ett stort antal äldre för att se vilka interventioner de lyfter fram och ser som betydelsefulla och hälsofrämjande.

7.3 En kritisk tillbakablick

Vid kritisk granskning av en studie söker man huvudsakligen svar på om två kriterier uppfylls, nämligen validiteten, d.v.s. den vetenskapliga undersökningens giltighet och reliabiliteten, som kan ses som en mått på tillförlitligheten. (Dahlberg 1997 s.118)

Då man ser på validiteten bör man utreda ifall arbetet undersökt det som de facto varit avsikten att undersöka. Detta kriterium kan man påstå att blir uppfyllt i och med att man i resultatredovisningen kan presentera flera åtgärder som förbättrar förutsättningarna för de äldre att bo hemma. Författaren har genom analys av 22 artiklar undersökt hur aktivitet och delaktighet inverkar på de äldres hälsa och funktionsförmåga. Denna studie understryker fyra viktiga områden som borde beaktas då man vill möjliggöra för de äldre att bo bra hemma. Det gäller att erbjuda meningsfull sysselsättning i form av gruppverksamhet, engagemang i form av kamratstöd eller frivilligt arbete, tillgänglighet och rådgivning. Dahlberg (1997 s.120) diskuterar i boken "Kvalitativa metoder för vårdvetare" att forskningsresultatet ska presentera en inre logik, med andra ord skall det vara möjligt att följa forskarens resonemang. Det ska finnas "en röd tråd" och den ska vara synlig hela vägen genom beskrivningen av studien. Den "röda tråden" i denna studie kan iaktas i de centrala begreppen *aktivitet* och *delaktighet* och hur de är kopplade till de äldres hälsa och funktionsförmåga.

Vad kommer till reliabiliteten måste man observera att författarens varseblivning kan påverkas av diverse orsaker varpå någon viktig studie kanske lämnats åsido. Dahlberg (1997 s.125) diskuterar i anknytning till kategoribildningen att kategorierna formas av forskaren vilket betyder att en annan person som bearbetar samma data kan forma andra kategorier. Det finns inte bara *en* tolkning utan forskaren kan välja en av flera möjliga vägar. I Dataanalysen har författaren presenterat de olika stegen som kategoribildningen grundar sig på så att läsaren lätt ska kunna hänga med författarens tankegångar. En klar och tydlig struktur (Forsberg & Wengström 2003) har använts under hela processen, de etiska aspekterna har beaktats och alla resultat som författaren iakttagit har redovisats för att öka reliabiliteten samt användbarheten i praktiken.

Då man ser på resultaten och användbarheten i praktiken kan man påstå att studien har en stark förankring till arbetslivet och temat är synnerligen aktuellt. Detta kan ses i olika politikprogram och rekommendationer. År 2012 har utsetts till det Europeiska temaåret för aktivt åldrande och solidaritet mellan generationerna. I Europa väntas antalet invånare över 65 år öka till en tredjedel av den totala folkmängden fram till år 2060. Målet med temaåret är att engagera beslutsfattare och medborgare och poängtera hur viktigt arbete, hälsosamt åldrande och möjligheter till lärande är för alla oavsett ålder. (Social- och hälsovårdsministeriet 2011 s.5-6)

7.4 Slutsatser

I denna litteraturstudie stiger *gruppverksamheten* fram som en viktig och välfungerande intervention vid främjande av de äldres hälsa och funktionsförmåga. Flera (n = 12) av de inkluderade och analyserade studierna ger belägg för detta påstående. De sociala nätverkens viktiga roll kan iakttas såväl i bakgrundsdelens som i den aktuella litteraturstudiens resultat. Forskaren von Bonsdorff (2009) poängterar i sin studie att trots att olika former av fysisk aktivitet påbörjas först på gamla dagar förbättras funktionsförmågan och behovet av sjukhus- eller annan institutionsvård minskar. Det handlar alltså även om kostnadseffektiv verksamhet för samhället. Också andra forskare så som Taylor et al (2003) understryker de fysiska aktiviteternas positiva inverkan på hälsan. Det är heller ingen nyhet att det finns ett samband mellan den fysiska, kognitiva och psykologiska hälsan. Dessa mångdimensionella hälsoeffekter bör lyftas fram och understrykas i och med att samma studier (Taylor et al och Crombie et al 2004) visar att de äldre trots rekommendationer rör på sig för lite p.g.a. att de äldre inte känner att det skulle vara i behov av motion eller saknar kunskap inom ämnet.

I och med att de äldre har olika behov, intressen och möjligheter att delta i olika aktiviteter är det viktigt att kommunerna tillsammans med tredje sektorn och privata tjänsteproducenter har ett mångsidigt utbud av billig eller gratis aktiverande verksamhet. Exempelvis i Esbo där författaren bor erbjuder kommunen gratis eftermiddags dans för

seniorer, vilket redan i resultatdelen (Skingley & Bungay 2008) konstaterades som effektiv främjan av hälsan, prevention av fallolyckor och ensamhet.

Frivilligt arbete och kamrattstöd presenteras som olika former av meningsfullt *engagemang* i n=4 av de inkluderade studierna. Att känna sig viktig och värdefull är av stor betydelse oavsett ålder. Denna aspekt av engagemang diskuterades tidigare under rubrik 7.1.3 då resultatet speglades mot begreppet delaktighet.

Var man bor och hur man upplever sin omgivning inverkar stort på hälsan och livskvaliteten. Forskningar enligt Oswald et al (2007) och Ryburn et al (2009) visar att hjälpmedel, att få hjälp och bostadsanpassningar är viktiga hälsofrämjande åtgärder för de äldre. Trygga och *lättillgänglig* bostäder är en förutsättning för att de äldre ska kunna bo kvar i sina egna hem trots vissa funktionsnedsättningar. Enligt en svensk fallstudie av Magnusson och Hanson (2005) kan dagens teknologi med bl.a. informationsprogram och bildtelefon fungera som stöd för de äldre och deras anhöriga och således förbättra förutsättningarna att bo hemma.

Andra hälsofrämjande åtgärder som upprepar sig i bakgrunden och i denna studies resultat är betydelsen av *rådgivning* i form av förebyggande hembesök. För att förebyggande hembesök ska kunna ses som en framgångsrik strategi för att gynna en positiv hälsoutveckling bland de äldre krävs det enligt Sahlen (2009) att besöken genomförs av kunnig, medicinskt och socialt utbildad personal. Sahlens uttryck innehåller mycket visdom, nämligen att det är av stor betydelse *vem* som utför hembesöken och *vad* besöket innefattar. I de RCT-studier som granskades av forskaren Huss et al (2008 s. 298) var resultaten inte entydiga vad gäller preventiva hembesökens hälsoeffekter. Bara 1, av de 21 inkluderade studierna, innehöll någon form av ergoterapeutisk rådgivning, trots att flera andra studier nämner ergoterapi som viktig vid denna typ av preventiv verksamhet t.ex. Oswald et al (2007) Ryburn et al (2009) och Markle-Reid et al (2005).

Med denna litteraturstudie vill författaren även lyfta fram ergoterapeutens viktiga roll i det hälsofrämjande arbetet. I fyra av de 22 inkluderade artiklarna eller studierna kan man se att den ergoterapeutiska verksamheten i den hälsofrämjande kontexten är både viktig och kostnadseffektiv. Trots det ser man alltför få ergoterapeuter arbeta direkt inom den hälsofrämjande eller preventiva verksamheten. Detta beror antagligen på det faktum att ergoterapeuter är bra på sitt arbete men dåliga på att marknadsföra sitt kunnande. Författaren önskar att denna studie ska bidra till ökad förståelse för varför aktivitet och delaktighet är så centrala för oss människor, och dessutom se ergoterapins viktiga roll inom hälsofrämjande.

KÄLLOR

Agahi, Neda; Lagergren, Mårten; Thorslund, Mats & Wånell, Sven Erik 2007. *Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar - en kunskapssammanställning*. Stockholms läns Äldrecentrum. © Statens folkhälsoinstitut. 109 s

Andersson, Sirpa. 2007. *Kahdestaan kotona- Tutkimus vanhoista pariskunnista*. Stakes. Helsinki. 158s.

Borg, Christel. 2005. *Livstillfredsställelse hos äldre, särskilt med nedsatt funktionsförmåga Samt informella vårdare - I relation till hälsa, självkänsla, sociala och ekonomiska resurser i ett svenskt och europeiskt perspektiv*. Department of Health Sciences, Faculty of Medicine, Lund University, Sweden. Bulletin No. 21 from the Unit of Caring Sciences, 2005. Tillgänglig [www]

<http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordId=545475&fileId=545477> Hämtat 9.3.2012

CAOT. 2012. *What is occupational therapy?* Tillgänglig [www] http://www.caot.ca/default_home.asp?pageid=2398 Hämtat 9.3.2012.

Cole, Marilyn & Tufano, Roseanna. 2008. *Applied Theories in Occupational Therapy: A Practical Approach*. Slack Incorporated. 290s.

Dahlberg, Karin. 1997. *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. 2:a upplagan. Lund. Studentlitteratur. 153s.

Dahlin-Ivanoff, Synnöve; Haak Maria: Fänge Agneta & Iwarsson, Susanne 2007. *The multiple meaning of home as experienced by very old Swedish people*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy; Mar2007, Vol. 14

Ehrlich, Phyllis. 2006. [*Caring for the frail elderly in the home: a multidisciplinary approach*](#). Home Health Care Management & Practice, 2006 Dec; 19 (1): ss. 38-44

Forsberg Christina & Wengström Yvonne. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm. Natur & Kultur. 216s.

Förbundet Sveriges arbetsterapeuter. 2010. *Utmaningar - för äldre och arbetsterapeuter, i ett allt mer teknologiskt samhälle*. Tryckt av FSAs förlag. 32s.

Förbundet Sveriges arbetsterapeuter. 1998. *Canadian Occupational Performance Measure*. Globalt Företagstryck AB.

Gustavsson, Anders. 2004. *Delaktighetens språk*. Lund: Studentlitteratur, 237 s.

Hautala, Tiina; Hämäläinen, Tuula; Mäkelä, Leila & Rusi-Pyykönen, Mari. 2011. *Toiminnan voimaa - Toimintaterapia käytännössä*. Edita Publishing oy. 363s.

Hietanen, Anne & Lyyra, Tiina-Mari (red.) 2003. *Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen*. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tillgänglig [www]

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ikakunto/osa10.pdf> hämtat 21.1.2009

Hilli, Yvonne. 2007. *Hemmet som Ethos - En idéhistorisk studie av hur hemmet som ethos blev evident i hälsosystemens vårdande under 1900-talets första hälft*. Åbo Akademi förlag. Tillgänglig [www]
<https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/5445/HilliYvonne.pdf?sequence=1> Hämtat 8.5.2009.

Iwarsson, Susanne; Horstmann, Vibeke; Slaus, Björn 2007. *Housing matters in very old age - yet differently due to ADL dependence level differences*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy; Mar2007, Vol. 14

Institutet för Hälsa och Välfärd. 2012. *Regelbunden hemvård*. Tillgänglig [www]
<http://www.stakes.fi/SV/tilastot/aiheittain/socialservice/hemvarden.htm> Hämtat 10.04.2012.

Kautto, Mikko (red.). 2006. *Suomalaisten hyvinvointi 2006*. STAKES. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. 361 s.

Lehto Markku. 2007. *Tie hyvään vanhuuteen Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015*. Sosiaali- ja terveysministeriö. 25s

Liljeberg, Karin. 2005. *Hur påverkas hälsan av delaktighet och inflytande i samhället*. Statens folkhälsoinstitut 2005:2. Tillgänglig [www]
<http://www.fhi.se/PageFiles/3311/r200502delaktighetinflyt0504.pdf> Hämtat 10.04.2012

Marmot, Michael 2004. Statussyndromet. Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden. Stockholm: Natur och Kultur. 403s.

Medin, Jennie. & Alexandersson, Kristina. 2000. *Begreppen hälsa och hälsofrämjande - en litteraturstudie*. Studentlitteratur, Lund. 180 s.

Meinow, Bettina. 2008. *Capturing Health in the Elderly Population- Complex Health problems, Mortality, and the Allocation of Home-Help Services*. Department of Social Work. Stockholm University. Doctorial thesis. US-AB Print Center, Stockholm, Sweden. Tillgänglig [www] <http://www.divaportal.org/su/abstract.xsql?dbid=7683>

Miles, M. B. & Huberman, A. M. 1994. *Data management and analysis methods*. In Denzin, Norman- Lincoln, Yvonna (ed) *Handbook of qualitative research*. California. Sage Publications. ss. 769-802

Nutbeam, Don & Harris, Elizabeth 2005. *Theory in a Nutshell. A practical guide to health promotion theories*. McGraw-Hill Australia Pty Ltd. 80 s.

Nyberg, Lars; Lövdén, Martin; Riklund, Katrine; Lindenberger, Ulman; Bäckman, Lars, 2012. Memory aging and brain maintenance. *Trends in cognitive science*. Volume 16, Issue 5, May 2012, ss. 292–305

Sahlén, Klas-Göran. 2009. *An ounce of prevention is worth a pound of cure – Preventive home visits among seniors*. Umeå University Medical Dissertations New Series No 1278, Epidemiology and Public Health Sciences Department of Public Health and Clinical Medicine Umeå University, Sweden

Salminen, Ari. 2011. *Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin*. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62 julkisjohtaminen 4

Social-och hälsovårdsministeriet. 2001. *Statsrådets principbeslut om folkhälsoprogrammet Hälsa 2015*. Tillgänglig [www] 2001:5..
<http://www.terveys2015.fi/halsa2015.pdf> Hämtat 240309

Social-och hälsovårdsministeriet. 2009. *Äldrepolitiken - för ett självständigt liv*. Tillgänglig [www] http://www.stm.fi/sv/social_och_halsotjanster/aldrepolitik Hämtat 08.12.2011.

Social-och hälsovårdsministeriet. 2011 . *Alltid rätt ålder! Europeiskt temaår 2012 för aktivt åldrande och solidaritet mellan generationerna*. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2011:21, Tillgänglig [www]
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=3320152&name=DLFE-17208.pdf. Hämtat 10.04.2012.

Social-och hälsovårdsministeriet. 2012. *Boendeservice och ombyggnad av bostäder*. Tillgänglig [www] http://www.stm.fi/sv/social_och_halsotjanster/socialtjanster/boendeservice Hämtat. 10.04.2012.

Socialstyrelsen. 2003. *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Klassifikationen är publicerad av Världshälsoorganisationen (WHO)2001 med titeln International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Tillgänglig [www]<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/62BEB497-5297-42F2-9EE7-6FE5A546372B/1035/200342.pdf> Hämtat 12052009.

Theander, Eva; Ejeson, Melina; Hagström, Maj-Lis; Linderot, Monica; Malmberg, Lina
2002. *Uppsökande Verksamhet - förebyggande hembesök hos äldre. Projektrapport*

Uppsökande Verksamhet i Hässleholms kommun. Tillgänglig [www]
http://www.skane.se/pages/159009/slutrapport_fh_2002.pdf Hämtat 14032010.

Theander, Eva & Edberg, Anna-Karin. 2005. *Preventive home visits to older people in Southern Sweden.* [Scandinavian Journal of Public Health](#); Oct2005, Vol. 33 Issue 5, ss.392-400.

Tenk. 2002. *God vetenskaplig praxis och handläggning av avvikelser från den.*
Tillgänglig [www] http://www.tenk.fi/sv/god_vetenskaplig_praxis/Hyva_Tieteellinen_SVE.pdf Hämtat 05052012

Tones Keith & Tilford Sylvia. 2001. *Health promotion, effectiveness, efficiency and equity*, Nelson Thornes Ltd, Cheltenham 2001. 524s

Townsend, Elizabeth. & Polatajko, Helene 2007. *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation.* Ottawa, ON: CAOT. 418s

Valvanne, Jaakko; Rysti, Maria; Kylmänen-Kurkela, Elina; Meriläinen, Satu. 2009. *Esbos äldrepolitiska program 2009-2015. Social- och hälsovårdsektorns publikationsserie 2/2009.* 47s.

WHO.1986. *WHO/Europe- Ottawa Charter for Health Promotion*, Tillgänglig [www]
http://www.euro.who.int/aboutwho/policy/20010827_2 Hämtat 7.5.2009.

Özer-Kemppainen, Özlem. 2006. *Alternative housing environments for the elderly in the information society. The Finnish experience.* Faculty of Technology, University of Oulu. 250s

BILAGOR

Bilaga 1. Litteraturoversikt av de 22 inkluderade studierna

Tabell över de 22 inkluderade studierna med information om i vilket land studien gjorts, designen, deltagarna, interventionen, huvud resultatet samt studiens kvalitet:

Författare /Land	Studie	Design	Deltagare	Intervention	Resultat	Kvalitet - Poäng
1. Barnett A & al /Australien	Community-based group exercise improves balance and reduces falls in at-risk older people: a randomised controlled trial	RCT-studie	163 st - 83 deltog i interventionsgruppen, - 80 deltog i kontrollgruppen)	Fysisk träning i grupp + träningsprogram hemma	Att delta, 1 gång/vecka, i fysisk träning med bl.a. balansövningar inkl träning hemma kan förbättra balansen och därmed minska risken för fall för de äldre som bor hemma.	Hög kvalitet 30/ 32p
2. von Bonsdorff, Mikaela/ Finland	Physical activity as a predictor of disability and social and health service use in older people	Doktors- avhandling 2 RCT studier 2 Longitudinella observationsstudier	1 954	Motions- rådgivning	Det ser ut att en ökning av fysisk aktivitet saktar in den nedsättning av funktionsförmågan som normalt hör till åldrandet	Hög kvalitet 21/ 23p
3. von Bonsdorff & Rantanen/ Finland	Benefits of formal voluntary work among older people – A review	Litteraturstudie	16 studier	Frivilligt arbete	Frivilligt arbete främjar hälsan då man känner sig behövd och förespråkar bättre livstillfredsställelse, minskar depression och dödlighet	Hög kvalitet 15/18p

4. Cattan, M & al / England	Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions	Systematisk litteraturstudie	30 studier	Hälsofrämjande åtgärder i samhället	Olika aktivitetsgrupper som planerats för specifika målgrupper kan minska på känslan av ensamhet och social isolation	Hög kvalitet 18/ 18p
5. Collins & Benedict/ USA	Evaluation of a Community-based Health Promotion Program for the Elderly: Lessons from Seniors can	Kvantitativ: pre-experimentell, pretest-posttest design	339 st	Rådgivningsprogram 16 veckor	Ett hälsofrämjande program riktat till den äldre befolkningen inom kommunen kan fungera som en effektiv strategi att minska hälsorisker samt öka livskvaliteten bland de äldre.	Hög kvalitet 18/ 23p
6. Crombie I.K. & al England	Why older people do not participate in leisure time physical activity: a survey of activity levels, beliefs and deterrents	Kvantitativ tvärsnittsstudie	409 deltagare	Intervju hemma	Att öka på den fysiska aktivitetsnivån kan vara knepigt i och med att de äldre tror ofta att de rör på sig tillräckligt. En del vågar inte vara aktiva pga bristfälliga kunskaper beträffande den egna hälsan och behovet av motion.	Hög kvalitet 19/23
7. Eloranta, Sini/ Finland	Supporting older people's independent living at home through social and health care collaboration	Kvantitativ tvärsnittsstudie	120 klienter 370 vårdare	Intervjuer som grund för ett strukturerat frågeformulär	Att bemästra vardagen blir betydligt svårare om man bor ensam, vid uppkomsten av hälsoproblem eller då utomstående personer dikterar vardagens innehåll.	Hög kvalitet 22/23

8. Huss & al / Schweitz, England, USA	Multidimen- sional Preven- tive Home Visit Programs for Community- Dwelling Older Adults: A Sys- tematic Review and Meta- Analysis of Randomized Controlled Tri- als	Systematisk litteratur- studie	21 studier	Preventiva Hembesökens effekt granska- des	Multidimension- ella preventiva hembesök innehar potential att minska handikapp och behov av vård bland de äldre då besöken innefattar noggranna be- dömningar och utvärderingar. Resultaten är inte entydiga vad gäl- ler preventiva hembesökens häl- soeffekt.	Hög kvalitet 18/18
9. Karttunen, Jorma/ Finland	Ryhmäkuntou- tuksen vaikutus 67 vuotta täyt- täneiden toi- mintakykyyn, elämän-laatuun ja terveys- palvelujen kustannuksiin	RCT-studie	136 deltagare	Interventions- gruppen hade balans- och styrketräning- träning stretching, före- läsningar, stu- diebesök m.m	Interventionerna inverkar positivt på rörelse- och funktions- förmågan samt livskvaliteten bland de äldre som deltog i stu- dien	Hög kvalitet 30/32
10. Kerse &al /USA	Is Physical Ac- tivity Counsel- ing Effective for Older Peo- ple? A Cluster Randomized, Controlled Trial in Primary Care	RCT-studie	270 deltagare	Rådgivnings- program i sam- band med läkar- besök	Interventionen ökar fysisk aktivi- tet även på egen hand eller fritiden och bidrar till att förbättra den hälso-relaterade livskvaliteten samt minska be- hovet av sjukhus- vård bland äldre	Hög kvalitet 29/32

11. Magnusson &Hanson / Sverige	Supporting frail older people and their family carers at home using infor- mation and communication technology: cost analysis	Case study	5 familjer deltog	ADB-baserat multimedie hjälpmedel, t.ex videotelefon	Dagens teknologi möjliggör en ny sorts hjälp i form av olika teknolo- giska lösningar för att ge ökad trygghet för de äldre i sina egna hem. De tekniska lösningarna visar sig även vara kostnadseffektiva	Hög kvalitet 26/30
12. Markle- Reid & al./ Canada	Health promo- tion for frail older home care clients	RCT-studie	242	Regelbunden hälsofrämjande rådgivning som ges i samband med hemvården	Regelbunden häl- sofrämjande råd- givning som ges i samband med hemvården för- bättrar livskvali- teten utan att öka på de totala kost- naderna	Hög kvalitet 31/32
13. Murray & Crummet / England	"I don't think they knew we could do these sorts of things" - Social repre- sentations of community and participation in community arts by older people	Observation	11 deltagare	Konst i grupp	Konst minskar social isolation och ensamhet	Medel kvalitet 20/30

14. Nummela, Olli/ Finland	Luottamus, osallistuminen ja terveyst ikääntyvillä	Kvantitativ: Fråge- formulär	2815	Frågeformulär och hälso- granskning	Socialt deltagande och en relativt bra ekonomi har stor betydelse för häl- san	Hög kvalitet 23/23
15. Oswald & al /Enable- age Europa	Relationships Between Hous- ing and Healthy Aging in Very Old Age	Kvantitativ analys av intervju	1918	Intervju under hembesök i 5 länder	Studien visar att de deltagare som levde i lättillgäng- liga hem, uppskat- tade sina hem som meningsfulla och fungerande var mer självständiga i ADL-aktiviteter och hade en bättre känsla av välbe- finnande.	Hög kvalitet 18/23
16. Peel & Warbur- ton/ Australien	Using senior volunteers as peer educators: What is the evidence of effectiveness in falls preven- tion?	Systematisk litteratur- studie	48 artiklar	Värdering av olika ”kamrat- stöd” modeller	Även kamratstöd d.v.s. att jämnå- riga äldre ger häl- sofrämjande råd, ser ut att fungerar och är kostnadsef- fektivt.	Medel kvalitet 10/18

17. Ryburn & al./ Australien	Enabling independence: restorative approaches to home care provision for frail older adults	Systematisk litteratur- studie	15 artiklar	Jämförelse av olika närmelse- sätt för hembesök	Att få hjälp, hjälpmedel och bostadsanpassningar har visat sig vara viktiga preventiva åtgärder	Hög kvalitet 14/18
18. Skingley & Bungay/ England	The Silver Song Club Project	Kvalitativ dans- intervention -observation -fokusgrupp intervju	6 dansklubbar	Dans	Skapande verksamhet så som dans skapar utrymme för social interaktion, förstärker koordination, leder till avslappning och minskar känslan av ensamhet, värk samt smärta	Hög kvalitet 26/30
19. Taylor et al / England	Physical activity and older adults: a review of health benefits and the effectiveness of interventions	Kvantitativ tvärsnittsstudie	3270	Analys av interventioners effekt på hälsan - hälsoenkät	Studien poängterar multipla hälsoeffekter av fysiska aktivitetsinterventioner t.ex. styrketräning inverkar positivt på humöret utan att glömma de emotionella och sociala effekterna	Hög kvalitet 17/23
20. Yardley & al /Europa	Older People's Views of Falls-Prevention Interventions in Six European Countries	Semistrukturerade intervjuer	69 deltagare i 6 europeiska länder	Balans- och styrketräning för prevention av fall	Liknande resultat i alla länder: de äldre är motiverade att delta i interventioner med multipla hälsoeffekter	Hög kvalitet 28/30

21. Voukelatos &al/ Au- stralien	A Randomized, Controlled Trial of tai chi for the Prevention of Falls: The Cen- tral Sydney tai chi Trial	RCT-studie	702 deltagare	16 veckors tai- chi träning i grupp 1h/vecka	Tai chi träning minskar på risken att falla bland relativt friska äldre	Hög kvalitet 30/32
22. Zijlstra & Al/ USA	Interventions to reduce fear of falling in com- munity-living older people: a systematic re- view	Systematisk litteratur- studie	19 studier	Utforska vilka interventioner som minskar rädslan att falla	Redan nu kan man se positiva effekter av olika hem träningspro- gram, tai-chi kur- ser samt andra multifaktoriella interventioner	Hög kvalitet 17/18

Bilaga 2.

Checklista för systematiska litteraturstudier

Utarbetat av Forsberg & Wengström. 2003.

A) Syftet med studien?

B) Litteraturval

- I vilka databaser har sökningen genomförts?
- Vilka sökord har använts?
- Har författaren gjort en heltäckande litt.sökning?
- Har författaren sökt efter icke-publicerade forskningsresultat?
- Vilka var inklusionskriterierna för att ta med artiklar?
- vilka begränsningar har gjorts?
- Är inkluderade studier kvalitetsbedömda?

C) Resultat

- Hur många artiklar togs med?
- Hur många artiklar valdes bort? Redovisas dessa? Anges motivering för uteslutning av dessa?
- Vilka var huvudresultaten?
- Gjordes en metaanalys, om ja, vilket resultat erhöles?
- Vilka slutsatser drar författaren?
- Instämmer du? Ja Nej

D Värdering

- Kan resultatet ha klinisk betydelse? Ja Nej
- Ska denna systematiska litteraturstudie inkluderas? Ja Nej

Bilaga 3.

Checklista för kvantitativa artiklar: *RCT- studier*

Sammanställt av Forsberg & Wengström. Originalkälla: Modifierad efter RCN. The management of patients with venous leg ulcers. Centre for evidence based nursing, University of York and School of nursing, Midwifery and Health visiting, University of Manchester. 1998.

A) Syftet med studien?

- Är frågeställningarna tydligt beskrivna?
- Är designen lämplig utifrån syftet?

B) Undersökningsgruppen

- Vilka är inklusionskriterierna?
- Vilka är exklusionskriterierna?
- Är undersökningsgruppen representativ?
- Var genomfördes undersökningen?
- När genomfördes undersökningen?
- Är powerberäkning gjord?
- Vilket antal krävdes i varje grupp?
- Vilket antal inkluderades i experiment- (EG) respektive kontrollgruppen (KG)?
- Var gruppstorleken adekvat?

C) Interventionen

- Mål med interventionen?
- Vad innehöll interventionen?
- Vem genomförde interventionen?
- Hur ofta gavs interventionen?
- Hur behandlade kontrollgruppen?

D) Mätmetoder

- Vilka mätmetoder användes?
- Var reabiliteten beräknad?
- Var validiteten diskuterad?

E) Analys

- Var demografisk data liknande i EG och KG?
- Hur stort var bortfallet?
- Kan bortfallet accepteras?
- Var den statistiska analysen lämplig?
- Vilka var huvudresultatet?
- Erhölls signifikanta skillnader mellan EG och KG? Om ja, beskrevs variablerna?
- Vilka slutsatser drar författaren? Instämmer du?

F) Värdering

- Kan resultaten generaliseras till annan population?
- Kan resultaten ha klinisk betydelse?
- Överväger nyttan av interventionen ev. risker?
- Ska denna artikel inkluderas i litteraturstudien?

Bilaga 4.

Checklista för kvantitativa artiklar: Kvasi-experimentella studier

Sammanställt av Forsberg & Wengström. Originalkälla: Modifierad efter RCN. The management of patients with venous leg ulcers. Centre for evidence based nursing, University of York and School of nursing, Midwifery and Health visiting, University of Manchester. 1998.

A) Syftet med studien?

- Är frågeställningarna tydligt beskrivna?
- Är designen lämplig utifrån syftet?

B) Undersökningsgruppen

- Vilka är inklusionskriterierna?
- Vilka är exklusionskriterierna?
- Vilken urvalsmetod har använts?
- Är undersökningsgruppen representativ?
- Var genomfördes undersökningen?
- Vilket antal deltagare inkluderades i undersökningen?

C) Mätmetoder

- Vilka mätmetoder användes?
- Var reabiliteten beräknad?
- Var validiteten diskuterad

D) Analys

- Var demografisk data liknande i EG och KG?
- Hur stort var bortfallet?
- Fanns en bortfallsanalys?
- Var den statistiska analysen lämplig?
- Vilka var huvudresultaten?
- Erhölls signifikanta skillnader Om ja, beskrevs det vilka variablerna var
- Vilka slutsatser drar författaren?
- Instämmer du?

E) Värdering

- Kan resultaten generaliseras till annan population?
- Kan resultaten ha klinisk betydelse?
- Ska denna artikel inkluderas i litteraturstudien?

BILAGA 5.

Checklista för kvalitativa artiklar

Utarbetat av Forsberg & Wengström. 2003

- A) Syftet med studien?
 - Vilken kvalitativ metod har använts?
 - Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningarna?

- B) Undersökningsgrupp
 - Är urvalskriterierna för undersökningsgruppen tydligt beskrivna?
 - Var genomfördes undersökningen?
 - Urval- finns det beskrivet var, när och hur undersökningsgruppen kontaktades?
 - Vilken urvalsmetod har använts?
 - Beskrivs undersökningsgruppens med relevanta demografisk data?
 - Är undersökningsgruppen lämplig?
 -
- C) Metod för datainsamling
 - Är fältarbetet tydligt beskrivet?
 - Beskrivs metoderna för datainsamling tydligt?
 - Ange datainsamlingsmetod?
 - Är data systematiskt samlad?

- D) Dataanalys
 - Hur är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade?
 - Är resultaten trovärdiga?
 - Är resultaten pålitliga?
 - Finns stabilitet och överensstämmelse?
 - Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen?
 - Är de teorier och tolkningar som presenteras baserade på insamlad data?

- E) Utvärdering
 - Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan?
 - Stöder insamlade data forskarens resultat?
 - Har resultaten klinisk relevans?
 - Diskuteras metodologiska brister och risk för bias?
 - Finns risk för bias?
 - Vilken slutsats drar författaren?
 - Håller du med om slutsatserna?
 - Ska artikeln inkluderas?

Bilaga 6.

Förteckning över de 22 analyserade studierna

1. Barnett, Anne; Smith, Ben; Lord, Stephen; Williams, Mandy; Baumand, Adrian; 2003. *Community-based group exercise improves balance and reduces falls in at-risk older people: a randomised controlled trial*. Age Ageing. 2003 Jul;32(4):407-14.
2. von Bonsdorff, Mikaela. 2009. *Physical Activity as a Predictor of Disability and Social and Health Service Use in Older People*. Copyright © 2009, by University of Jyväskylä. Studies in Sport, Physical Education, and Health
3. von Bonsdorff, Mikaela & Rantanen Taina 2010. *Benefits of formal voluntary work among older people - A review*. Aging Clin Exp Res. 2010 Jul 16.
4. Cattan, Mima; White, Martin; Bond, John; Learmouth, Alison. 2005. *Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions*. Ageing & Society, Jan2005, Vol. 25 Issue 1, ss.41-67, s.27
5. Collins, Claudia & Jamie Benedict. 2006. *Evaluation of a Community-based Health-Promotion Program for the Elderly: Lessons from Seniors CAN*. Copyright 2006 by American Journal of Health Promotion, November 2006 vol 21 nr 1.
6. Crombie, Iain; Irvine, Linda; Williams, Brian; McGinnis, Alison; Slane, Peter; Alder, Elizabeth; McMurdo, Marion. 2004. *Why older people do not participate in leisure time physical activity: a survey of activity levels, beliefs and deterrents*. Age & Ageing, May2004, Vol. 33 Issue 3, ss.287-292
7. Eloranta, Sini. 2009. *Supporting older people's independent living at home through social and health care collaboration*. Painosalama Oy – Turku, Finland 2009
8. Huss, Anke; Stuck, Andreas; Rubenstein, Laurence; Egger, Matthias; Clough-Gorr, Kerri 2008. *Multidimensional Preventive Home Visit Programs for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials*. Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES. Copyright 2008 by The Gerontological Society of America 2008, Vol. 63A, No. 3, ss.298–307

9. Karttunen, Jorma. 2009. *Ryhmäkuntoutuksen vaikutus 67 vuotta täyttäneiden toimintakykyyn, elämänlaatuun*. Väitöskirja. Yleislääketieteen yksikkö. Kuopion yliopisto

10. Kerse, Ngaire; Elley, Raina; Robinson, Elizabeth; Arroll, Bruce.. 2005. *Is Physical Activity Counseling Effective for Older People? A Cluster Randomized, Controlled Trial in Primary Care*. Journal of the American Geriatrics Society, Nov2005, Vol. 53 Issue 11, ss.1951-1956,

11. Magnusson, Lennart & Hanson, Elizabeth. 2005. *Supporting frail older people and their family carers at home using information and communication technology: cost analysis*. Journal of Advanced Nursing, Sep2005, Vol. 51 Issue 6, ss. 645-657.

12. Markle-Reid, Maureen; Weir, Robin; Browne, Gina; Roberts, Jacqueline; Gafni, Amiram; Henderson, Sandra. 2006. *Health promotion for frail older home care clients..* Journal of Advanced Nursing, May2006, Vol. 54 Issue 3, ss.381-395.

13. Murray Michael & Crummett Amana 2010. *'I don't think they knew we could do these sorts of things': social representations of community and participation in community arts by older people*. J Health Psychol. 2010 Jul;15(5) ss.777-785

14. Nummela, Olli 2008 *Luottamus, osallistuminen ja terveys*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja A26/2008. Tillgänglig (pdf-version) <http://www.ktl.fi/portal/4043>

15. Oswald, Frank; Wahl, Hans-Werner; Schilling, Oliver; Nygren, Carita; Fänge, Agneta; Sixsmith, Andrew; Sixsmith, Judith; Sze' man, Zsuzsa; Tomsone, Signe; Iwarsson, Susanne 2007. *Relationships Between Housing and Healthy Aging in Very Old Age*. The Gerontologist Vol. 47, No. 1, ss.96–107

16. Peel Nancye & Warburton Jeni. 2009. *Using senior volunteers as peer educators: What is the evidence of effectiveness in falls prevention?* Australas J Ageing. 2009 Mar;28(1):ss.7-11.

17. Ryburn, Bridget; Wells, Yvonne; Foreman Peter 2009. *Enabling independence: restorative approaches to home care provision for frail older adults*. Health and Social Care in the Community (2009) 17(3), 2009 State of Victoria, Australia, Journal compilation © 2009 Blackwell Publishing Ltd ss. 225–234.

18. Skingley, Ann & Bungay, Hilary 2010. *The Silver Song Club Project: singing to promote the health of older people*. Br J Community Nurs. 2010 Mar;15(3) ss135-40
19. Taylor, Adrian; Cable, N; Faulkner, G; Hillsdon, M; Narici, M ; Van Der Bij. 2003. *Physical activity and older adults: a review of health benefits and the effectiveness of interventions*. Journal of Sports Sciences, 2004, 22, ss.703–725
20. Voukelatos, Alexander; Cumming, Robert; Lord, Stephen; Rissel, Chris. 2007. [A randomized, controlled trial of tai chi for the prevention of falls: the Central Sydney tai chi trial](#). Journal of Am Geriatr Soc. 2007 Aug;55(8):ss. 1185-91.
21. Yardley, Lucy; Bishop, Felicity; Beyer, Nina; Hauer, Klaus; Kempen, Gertrudis; Piot-Ziegler, Chantal; Todd, Chris; Cuttelod, Thérèse; Horne, Maria; Lanta, Kyriaki; Holt, Anne 2006. *Older People's Views of Falls-Prevention Interventions in Six European Countries*. Gerontologist, Oct2006, Vol. 46 Issue 5, ss.650-660,
22. Zijlstra, Rixt; van Haastregt, Jolanda; van Eijk Rossum; Kempen, Gertrudis; 2005. *Evaluating an intervention to reduce fear of falling and associated activity restriction in elderly persons: design of a randomised controlled trial* _BMC Public Health. 2005 Mar 21;5:26.